

A Influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida

Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires



Porto, 2009



*Dissertação de candidatura ao grau de doutor apresentada à
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto*

Dissertação realizada sob a orientação do
Prof. Doutor Acácio Couto Jorge

CONSELHO CIENTÍFICO DA FMDUP

Prof. Doutor Acácio Eduardo Soares Couto Jorge

Prof. Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira

Prof. Doutor Américo dos Santos Afonso

Prof. Doutor António Cabral Campos Felino

Prof. Doutor António Manuel Guerra Capelas

Prof. Doutor António Marcelo Azevedo Miranda

Prof. Doutor César Fernando Coelho Leal Silva

Prof. Doutor David José Casimiro Andrade

Prof. Doutor Fernando Jorge Morais Branco

Prof. Doutor Fernando José Brandão Martins Peres

Prof. Doutor Filipe Poças Almeida Coimbra

Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha

Prof. Doutora Irene Graça Azevedo Pina Vaz

Prof. Doutora Inês Alexandra Costa Morais Caldas

Prof. Doutor João Carlos Antunes Sampaio Fernandes

Prof. Doutor João Carlos Gonçalves Ferreira de Pinho

Prof. Doutor João Fernando Costa Carvalho

Prof. Doutor Jorge Manuel Carvalho Dias Lopes

Prof. Doutor José Albertino Cruz Lordelo

Prof. Doutor José Albino Teixeira Koch

Prof. Doutor José António Ferreira Lobo Pereira

Prof. Doutor José António Macedo Carvalho Capelas

Prof. Doutor José Carlos Pina Almeida Rebelo

Prof. Doutor José Carlos Reis Campos

Prof. Doutor José Mário Castro Rocha

Prof. Doutor Manuel José Fontes de Carvalho

Prof. Doutor Manuel Pedro Fonseca Paulo

Prof. Doutora Maria Cristina P. C. M. Figueiredo Pollmann

Prof. Doutora Maria Helena Guimarães Figueiral da Silva

Prof. Doutora Maria Helena Raposo Fernandes

Prof. Doutora Maria Purificação Valenzuela Sampaio Tavares

Prof. Doutora Maria Teresa Pinheiro Oliveira

Prof. Doutor Mário Jorge Rebolho Fernandes Silva
Prof. Doutor Mário Ramalho Vasconcelos
Prof. Doutor Miguel Fernando Silva Gonçalves Pinto
Prof. Doutor Paulo Rui Galvão Ribeiro Melo
Prof. Doutor Tiago Luís Costa Morais Caldas

PROFESSORES JUBILADOS OU APOSENTADOS

Prof. Doutor Adão Fernando Pereira
Prof. Doutor Amílcar Almeida Oliveira
Prof. Doutor Durval Manuel Belo Moreira
Prof. Doutor Fernando José Brandão Martins Peres
Prof. Doutor Francisco António Rebelo Morais Caldas
Prof. Doutor Francisco António Rebelo Morais Caldas
Prof. Doutor José Carlos Pina Almeida Rebelo
Prof. Doutor José Serra Silva Campos Neves
Prof. Doutor Manuel Guedes de Figueiredo
Prof. Doutora Maria Adelaide Macedo Carvalho Capelas
Prof. Doutor Rogério Serapião Martins Aguiar Branco

AGRADECIMENTOS

A execução desta tese de doutoramento, resultou do esforço e trabalho de um grupo de pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a sua concretização. Assim, mesmo correndo o risco de não citar todos aqueles que o mereceriam, gostaria de expressar a minha gratidão a algumas pessoas pelo contributo que deram para a realização deste trabalho

Ao Prof. Doutor Acácio Couto Jorge, pela orientação em todo o trabalho, atenção dispensada, mestria, bem como pela amizade e disponibilidade que sempre demonstrou.

Ao Prof. Doutor Afonso Pinhão Ferreira pela sabedoria, críticas e sugestões oportunas.

À Mestre Maria do Pranto Braz, pela colaboração no trabalho de recolha de dados, apoio e estímulo nas inúmeras actividades que realizamos em conjunto.

Aos directores dos Centros-de-dia e Lares de idosos, e a todo o seu pessoal administrativo e auxiliar que possibilitaram a execução deste trabalho.

Aos participantes do estudo, que o tornaram possível.

Ao Prof. Doutor Armando Teixeira Pinto e Dra. Orquídea Ribeiro, pelo rigor científico e precioso apoio no tratamento estatístico dos dados.

DEDICATÓRIAS

À minha família e amigos pelo apoio e momentos de ausência.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
1. Evolução de conceitos	5
2. Doença, Saúde e Qualidade de Vida	5
2.1 Doença e Saúde	6
2.2 Doença e Saúde Oral	7
2.3 Qualidade de Vida	8
2.4 Relação entre Saúde e Qualidade de Vida	11
2.5 Relação entre Saúde Oral e Qualidade de Vida	13
3. Qualidade de Vida nos idosos	16
4. Medidas subjectivas de avaliação de Saúde	19
4.1. Medir Qualidade de Vida em Saúde	19
4.2. Medir Qualidade de Vida em Saúde Oral	20
5. Considerações demográficas	36
6. Caracterização do idoso	40
6.1. O envelhecimento e a Saúde Oral	41
6.2 Principais problemas na cavidade oral dos Idosos	42
7. Pesquisa bibliográfica	47
8. Objectivos	48
II. MATERIAL E MÉTODOS	51
1. Características gerais do estudo	52
2. Amostragem	52
2.1. Selecção da amostra	53
3. Recolha de dados	53
3.1. Questionário	53

3.2. Exame clínico	54
3.3. Questionário “ <i>Oral Health Impact Profile-14</i> ”- OHIP-14.....	57
4. Equipa.....	60
5. Calibragem.....	60
6. Processamento dos dados e análise estatística	61
III. RESULTADOS	63
1. Caracterização sócio-demográfica da amostra	64
2. Variáveis relacionadas com os cuidados de Saúde Oral	65
3. Variáveis relacionadas com a auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral	67
4. Dados recolhidos pelo exame clínico.....	69
4.1 Situação periodontal	69
4.2 Cárie dentária	70
4.3 Situação protética	71
5. Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e indicadores clínicos ...	74
5.1 Situação periodontal	74
5.2 Cárie dentária	76
5.3 Situação protética	77
6. Associação entre auto-percepção de problemas com as gengivas e condição periodontal.....	83
7. Associação entre auto-percepção de problemas com os dentes e condição dentária	84
8. Associação entre auto-avaliação da necessidade de tratamento dentário e indicadores clínicos.....	85
8.1 Situação periodontal	85
8.2 Cárie dentária	86

9. Questionário OHIP-14.....	87
9.1 Análise do OHIP-14 em função da caracterização sócio-demográfica	92
9.2. Análise do OHIP-14 em função das variáveis relacionadas com os cuidados de Saúde Oral	93
9.3 Análise do OHIP-14 em função das variáveis relacionadas com a auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral.....	95
9.4 Análise do OHIP-14 em função da situação periodontal.....	96
9.5 Análise do OHIP-14 em função da situação de reabilitação protética .	97
9.6 Correlação do OHIP-14 com indicadores clínicos de cárie dentária e doença periodontal	100
9.7 Análise do OHIP-14 em função dos domínios do índice.....	102
IV. DISCUSSÃO	105
1. Metodologia	106
1.1 Amostragem	106
1.2 Ficha de recolha de dados.....	107
2. Análise dos resultados	112
2.1 Dados obtidos pelo exame clínico	113
2.2 Auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral	114
2.3 Auto-avaliação da necessidade de tratamento dentário	119
2.4 Propriedades psicométricas do indicador OHIP-14	123
2.5 Aplicação do questionário OHIP-14.....	125
V. CONCLUSÕES.....	145
VI. RESUMO	149
VII. RESUMEN	153
VIII. ABSTRACT	157
IX. BIBLIOGRAFIA	161
X. ANEXOS	183

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

Durante muito tempo “saúde” foi definida em termos negativos. Saúde seria a ausência de doença. Esta definição pressupõe traçar um limite entre o normal e o patológico, o que muitas vezes não é possível, e por outro lado, o conceito de normalidade varia com o tempo, ou seja, o que se considera normal num dado momento pode não o ser numa época posterior¹.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua Carta Constitucional definiu a “Saúde” como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença”².

Esta definição reconhece a “saúde” em termos positivos. Considera a Saúde não só como a ausência de doença, mas como um estado óptimo, positivo de bem-estar. Além disso, não só se refere à área física do ser humano, mas também inclui, pela primeira vez, as áreas mental e social e por isso compreende não só o conceito médico da Saúde, mas também outros muito mais abrangentes³⁻⁵.

Esta definição marcou uma mudança de visão e, apesar de muitos aspectos positivos e inovadores, apresenta outros criticáveis, como o facto de equiparar o “bem-estar” à “saúde”, que nem sempre é verdade. Por outro lado, muitos autores criticam a palavra “completo” da definição, uma vez que tanto a “saúde”, como a “doença”, não são conceitos absolutos, existindo distintos graus de “saúde”, como há também diversos graus de “doença”³⁻⁶. De acordo com este conceito, a “saúde” e a “doença” são variáveis dinâmicas e contínuas, cujos extremos são o óptimo estado de Saúde, por um lado, e a morte, por outro. Neste contínuo existe uma zona neutra mal definida, o que significa que a separação entre Saúde e Doença não é absoluta¹.

Em 1997, Locker, define “Saúde” como *“uma experiência subjectiva da pessoa em relação ao seu bem-estar físico, social e psicológico”*³. Consequentemente, refere-se à experiência individual e às suas implicações no dia-a-dia.

Assim, o conceito de Saúde importa uma visão positiva que a identifica com o bem-estar e Qualidade de Vida. Saúde e doença não se reduzem a uma experiência biológica, orgânica e objectiva⁴. Dessa forma, a Saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendido como um estado dinâmico e socialmente produzido⁵.

Na prática, é difícil estabelecer o limite entre Saúde e bem-estar. O bem-estar pode ser relacionado com factores económicos, educacionais ou ambientais. O modo de percepção do Mundo, a integração social, o direito de mobilidade podem também constituir factores importantes. A Saúde pode ser vista como representação subjectiva do estado de bem-estar e não deve ser avaliada somente por indicadores somáticos, mas, também, por meio da compreensão de como as pessoas se sentem psicológica e fisicamente, como elas se relacionam com outras no seu dia-a-dia⁶. Cada população, dependendo dos seus estilos de vida, estatuto sócio-económico e acesso aos serviços de saúde, tem experiências distintas da sua condição de saúde^{7, 8}.

Após a Segunda Guerra Mundial, a Qualidade de Vida tornou-se um conceito importante, significando melhoria do padrão de vida. Paulatinamente, o conceito foi ampliado, englobando o desenvolvimento sócio-económico e humano e a percepção das pessoas em relação às suas vidas. Não havia consenso sobre o seu significado, existindo várias correntes de pensamento, complementares entre si. Além disso, no decorrer do tempo, a forma de avaliação foi-se alterando, passando de uma avaliação baseada em parâmetros objectivos, ou idealizados pelo investigador, para outra que valoriza a percepção subjectiva das pessoas⁷⁻¹¹.

As avaliações de Qualidade de Vida (QV) têm sido gradualmente incorporadas nas práticas do sector da Saúde. O uso de questionários de QV tem representado um progresso substancial na medição da percepção da saúde física, mental e da condição funcional do indivíduo. Nesses casos têm sido chamados de questionários de “Qualidade de Vida Ligada à Saúde”⁷.

Historicamente, a maioria das investigações em Saúde está focada em medidas físicas da doença, como morbilidade e mortalidade, deixando, dessa

forma, a maior parte da definição da saúde sem mensurabilidade^{7, 8}. Os níveis de Saúde Oral têm sido medidos por indicadores específicos (Índice CPO, CPI, etc). Estes indicadores estão baseados no modelo médico e enfatizam o processo biológico e patológico da doença.

Embora estes índices mundialmente utilizados, sejam importantes sob o ponto de vista epidemiológico, eles não dizem nada sobre os aspectos subjectivos envolvidos no processo saúde/doença. Embora avaliem a presença e severidade de condições patológicas orais, há necessidade de serem complementados por indicadores de aspecto social e emocional que se refiram às experiências individuais e às percepções subjectivas das mudanças no bem-estar físico, mental e social. Medidas de auto-percepção dão mais informação acerca do modo como determinada doença afecta a rotina diária do indivíduo e da população em geral, do que os indicadores clínicos. Uma combinação de indicadores clínicos e subjectivos, permite uma avaliação multi-dimensional da condição de saúde nomeadamente da Saúde Oral⁷⁻⁹.

Os indicadores sócio-dentários, inicialmente descritos por Cohen e Jago⁷, pretendiam capturar os aspectos não clínicos da doença oral. Argumentavam que eram necessários para documentar o impacto das doenças orais nas populações quebrando a corrente tradicional de medir a doença apenas por parâmetros clínicos. Com o tempo, o termo “Qualidade de vida relacionada com a saúde oral” (OHRQoL -Oral Health related quality of life) foi adoptado para medir os aspectos subjectivos da Saúde Oral. Esta redefinição é consistente com as pesquisas desenvolvidas dentro de outras disciplinas relacionadas com a saúde (HRQoL- Health related quality of life)⁸.

Vários autores estudaram a influência na Saúde Oral de vários factores como a idade, implementação de tratamento, aparência física (estética), conforto (ausência de dor), número de dentes presentes, capacidade mastigatória, custos financeiros, entre outros^{9,8-12}.

Em Medicina Dentária, mais especificamente na área da Medicina Dentária Preventiva, há muitos estudos que procuram mostrar a influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida⁸⁻¹⁵. É neste contexto que pretendemos

contribuir com o nosso trabalho, ao evidenciar as necessidades de Saúde Oral e a sua influência no dia-a-dia de indivíduos com mais de 60 anos e, de alguma forma, apontar caminhos para atitudes organizadas de educação sanitária nesta população.

1. EVOLUÇÃO DE CONCEITOS

Nos últimos anos a abordagem tradicional da Saúde exemplificada pelo modelo médico tem sido progressivamente desafiada pelo modelo sócio-ambiental. Neste, a Saúde deixa de ser definida em termos de ausência de doença mas em termos de um óptimo funcionamento e um bem-estar social e psicológico. Como resultado, mudou-se de um conceito com doença para um conceito com saúde; de curar doenças para prevenir e promover saúde e de uma ênfase dos serviços de saúde para uma ênfase nos meios físico e social nos quais o indivíduo vive, como determinantes principais do seu estado de saúde. Ao mesmo tempo, o paciente tem sido transformado de um “corpo” para uma “pessoa” onde se atribui importância às experiências e interpretações subjectivas dos indivíduos sobre saúde e doença¹.

Na Medicina Dentária, estas mudanças levaram a um aumento da pesquisa que liga condições orais com doenças de outras zonas do organismo e com os impactos da Saúde Oral sobre a Qualidade de Vida¹⁰.

2. DOENÇA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

A definição dos conceitos de Doença, Saúde e Qualidade de Vida é um tema que dá origem a debates, por algumas razões⁸:

1. Conceitos de Saúde e Qualidade de Vida são evasivos e abstractos; enquanto intuitivamente se saiba o que eles significam, são difíceis de se definir.
2. São factores multidimensionais, complexos e mal demarcados.
3. São conceitos predominantemente subjectivos.

4. Estão constantemente em evolução, assim, o que se entende por Saúde hoje pode ser diferente do que se entenderá amanhã;
5. O significado de Saúde e Qualidade de Vida pode variar de acordo com os contextos social, cultural e político nos quais os conceitos são operacionalizados e medidos. Isto é, definições de Saúde e Qualidade de Vida necessariamente envolvem julgamentos pessoais e sociais sobre o que é normal ou o que é válido e estão altamente influenciados por valores.

2.1 Doença e Saúde

Inicialmente é necessário traçar as diferenças fundamentais entre Doença e Saúde. Considerando a definição tradicional de saúde da OMS, Doenças seriam os “processos patológicos que afectam a integridade biológica e funcional do nosso corpo”¹¹. Definida como tal, suporta um conceito biológico que se aplica a corpos, partes de corpo, sistemas e tecidos. Isto pertence ao paradigma médico que está centrado nos agentes etiológicos, parâmetros fisiológicos e dados clínicos ¹².

Uma definição mais actual de Saúde, segundo Locker refere-se a “uma experiência individual subjectiva sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico”³. Consequentemente, refere-se às experiências individuais sobre os corpos e às consequências destas experiências no dia-a-dia. Como tal, é um conceito sociológico e psicológico que se aplica às pessoas e às populações. Este conceito pertence ao paradigma sócio-ambiental e leva ao desenvolvimento de instrumentos de medir percepções, sentimentos e comportamentos¹³.

Um modelo proposto por Locker (Figura I.1) indica que Doença e Saúde não são pontos de um contínuo mas sim dimensões independentes³.

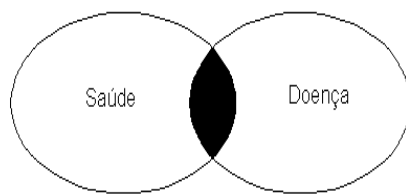


Figura I.1: Relação entre Saúde e doença (Locker, 1997)³

Relacionam-se entre si no sentido de que se sobrepõem, mas não são necessariamente coincidentes e podem ser experimentadas separadamente. Quer dizer, doença não infringe necessariamente sobre saúde e “má-saúde” pode não ter as suas origens em condições patológicas. De facto, este modelo indica que doença é apenas uma das muitas ameaças sobre a saúde³.

2.2 Doença e Saúde Oral

A distinção entre Doença e Saúde baseada no modelo sócio-ambiental tem implicações importantes também na Saúde Oral.

Yewe-Dyer¹⁴ definiu “Saúde Oral” da seguinte maneira: “Saúde Oral é um estado da boca e estruturas associadas aonde a doença não está presente, futuras doenças estão inibidas, a oclusão é suficiente para mastigar alimentos e os dentes estão com aceitável aparência social”.

Enquanto que esta definição faz referência a conceitos funcionais e sociais, e, deste modo relaciona os paradigmas médico e sócio-ambiental da Saúde, na realidade ele está muito mais para o primeiro que para o segundo. Isto é, Saúde é conceituada como ausência de doença e o foco permanece predominantemente na boca, mais do que na pessoa em si³.

Uma definição alternativa, a qual se aproxima mais da reflexão do pensamento actual, foi apresentada por Dolan¹⁵. Define “Saúde Oral” como “uma dentição confortável e funcional a qual permite a integração social dos indivíduos”. Ao identificar conforto, função e papéis sociais como componentes-

chave, esta definição está localizada dentro do verdadeiro cerne da saúde e é preferencialmente relacionada com a pessoa, mais do que com a boca³.

Esta definição de Saúde Oral baseada no conceito sócio-ambiental implica que ao estudar as doenças orais e os seus impactos se façam dois níveis de análises: uma primeira análise ao nível do corpo, representada por pesquisas que investigam as relações recíprocas entre doenças orais e doenças sistémicas; e uma outra análise ao nível da pessoa, representadas pelas pesquisas que documentam a extensão na qual as desordens orais comprometem a saúde e o bem-estar³.

De acordo com estas definições, a cavidade oral, como estrutura anatómica, não pode ser saudável ou doente, apenas as pessoas é que o podem ser. Consequentemente, a distinção que tradicionalmente é feita entre saúde geral e Saúde Oral não tem nenhum fundamento biológico¹⁶. Embora isto seja frequentemente reconhecido na literatura, convencionalmente não se condiciona o conceito de Saúde Oral a nenhuma outra parte do corpo a não ser à cavidade oral¹⁷.

A evolução dos conceitos implica que quando se fala sobre Saúde Oral, o foco não se localiza na cavidade oral em si, mas no indivíduo e no modo como as doenças ou alterações orais, ameaçam a saúde, o bem-estar e a Qualidade de Vida¹⁶.

2.3 Qualidade de Vida

Numa revisão da literatura sobre Qualidade de Vida encontram-se diferentes abordagens para esta questão, muitas definições, muitas formas de se operacionalizar e de se medir este conceito¹⁸.

Desde o final da década de 50, a expressão Qualidade de Vida era já usada por sociólogos, no contexto da discussão sobre as relações com poluição ambiental, deterioração da vida urbana e veiculadas em publicações não académicas. Nos anos 70, ela viria a ser admitida em eventos científicos internacionais de economia e de medicina¹⁹.

Há vários significados associados à Qualidade de Vida ^{20, 21}:

- na economia, é associada ao rendimento *per capita*, funcionando como um indicador do grau de acesso das populações aos benefícios da educação, da medicina e dos serviços sociais;
- Na sociologia, o conceito é mais abrangente e inclui um conjunto de indicadores económicos e de desenvolvimento sociocultural identificado como nível ou padrão de vida de uma população;
- Em política, o conceito chave é o da equidade na distribuição das oportunidades sociais;
- Em psicologia, a referência mais forte é a experiência subjectiva de Qualidade de Vida, representada pelo conceito de satisfação.

Na medicina, o termo de Qualidade de Vida foi inicialmente usado para designar as condições que aumentam as hipóteses de sobrevivência dos recém-nascidos, e mais tarde encontrou aplicação mais ampla direccionada para o atendimento de pacientes adultos e idosos, pacientes especiais e terminais. Está relacionado, principalmente, com o custo/benefício inerente à manutenção da vida de doentes crónicos e terminais. A questão é focalizada quer do ponto de vista do bem-estar e dos direitos individuais, quer dos interesses e valores da sociedade. Portanto, na área médica, a expressão usada "Qualidade de Vida em Saúde", surgiu para dar precisão ao uso muito abrangente do termo Qualidade de Vida dentro dos contextos médicos, centralizando as suas acções na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbilidade ^{22, 23, 8}.

Actualmente, dentro das ciências biológicas, o conceito aplica-se no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida. É um processo dinâmico e difícil de mensurar ²⁴.

O termo Qualidade de Vida abrange uma variedade de condições que podem afectar o indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos no quotidiano, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de Saúde e

intervenções médicas. Possui múltiplas dimensões e resulta da actuação de vários factores concorrentes, ou seja, é multidimensional. O termo abrange muitos significados, que reflectem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e colectividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. Por fim, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, estão na sua concepção^{25,26}.

A avaliação da Qualidade de Vida tem como referência diferentes critérios que dependem principalmente do grau do progresso alcançado por uma sociedade, dos seus valores e ideais²⁷. Em países desenvolvidos, o termo Qualidade de Vida é mais frequentemente utilizado, pois quase sempre possuem condições económicas e/ou programas governamentais que satisfazem as necessidades materiais básicas. Neste contexto, as pessoas estão cada vez mais conscientes da possibilidade de satisfazer as suas necessidades individuais e sociais, e procuram uma qualidade de existência superior à mera sobrevivência²⁸.

Na pesquisa dos inúmeros artigos publicados é notória a falta de consenso no que se refere à definição e à medição¹⁷.

Segundo a OMS, Qualidade de Vida é “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e de sistema de valores com os quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”²⁹.

Uma definição de Qualidade de Vida consistente com promoção de saúde, foi desenvolvida pelo Centro de Promoção de Saúde da Universidade de Toronto³⁰. Afirma-se que, “Qualidade de Vida está relacionada com o grau com que uma pessoa aprecia as importantes possibilidades da sua vida”. Esta definição difere do que se poderia chamar de “baseada em conquistas objectivas” que define Qualidade de Vida em termos de posse de certos atributos como um rendimento adequado e segurança social. É uma definição

que respeita a autonomia individual e admite que os pacientes possam escolher o que está de acordo com os seus melhores interesses.

Existe pois uma grande quantidade de definições para o termo, não havendo consenso entre os pesquisadores. Existe, no entanto, uma concordância partilhada por diversas correntes de opinião de que o construto Qualidade de Vida possui algumas características fundamentais, entre elas, a subjectividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade³¹. A subjectividade vincula-se à avaliação que o indivíduo faz a respeito de si mesmo associada a um dado objectivo, em que ao lado da avaliação objectiva se encontra a sua própria percepção. A multidimensionalidade está ligada ao facto de que existem, pelo menos, três dimensões dentro de Qualidade de Vida a serem abordadas: a física, a psicológica e a social. Por fim, em relação à bipolaridade consideram-se os aspectos positivos e negativos que podem ser aplicados às diversas situações, desde condições de dor até desempenho de papéis sociais.

Como se pode concluir, o tema Qualidade de Vida é tratado sob os mais diferentes pontos de vista, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, do ponto de vista objectivo ou subjectivo, seja em abordagens individuais ou colectivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido amplo, apoia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e integra os conceitos de promoção de saúde.

2.4 Relação entre Saúde e Qualidade de Vida

Também de interesse é a relação entre Saúde e Qualidade de Vida. Nalgumas definições e medições, os dois termos são sinónimos, tanto que os domínios usados nas medições de Qualidade de Vida (por exemplo, função física, auto-cuidado, actividades do dia-a-dia, funções sociais, percepção de saúde, funções cognitivas, dor, energia/fadiga, auto-estima) são indistinguíveis daqueles usados nas medições de saúde³². Apesar disto, existe um crescente reconhecimento de que Qualidade de Vida se refere a algo mais amplo que saúde. A figura I.2 pretende representar a relação entre “Saúde”, “Doença” e “Qualidade de Vida”.

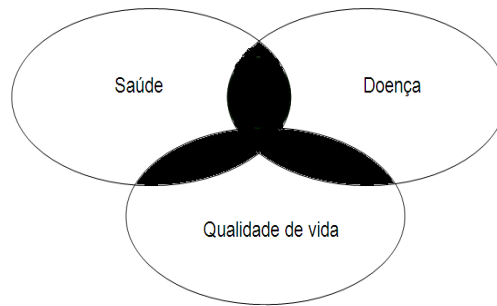


Figura I.2: – Relação entre Saúde, doença e Qualidade de Vida (Locker, 1997)³

O que este modelo sugere é que, embora condições clínicas e problemas de saúde possam causar impacto na Qualidade de Vida, não é obrigatório que isto aconteça. Enquanto que, frequentemente se assume que uma “má” saúde significa uma “má” Qualidade de Vida, muitas pessoas com alterações crónicas debilitantes classificam a sua Qualidade de Vida melhor do que as saudáveis³³. Alguns estudos sobre Qualidade de Vida de pessoas idosas têm também indicado que a saúde é um factor de influência mas não a consideram como sendo o mais importante^{33, 34}.

Wilson e Cleary desenvolveram um modelo (Figura I.3) que engloba Doença, Saúde e Qualidade de Vida, tornando explícitas as principais relações causais entre elas e atribui um papel de mediador às características pessoais e do meio no qual o indivíduo vive¹².

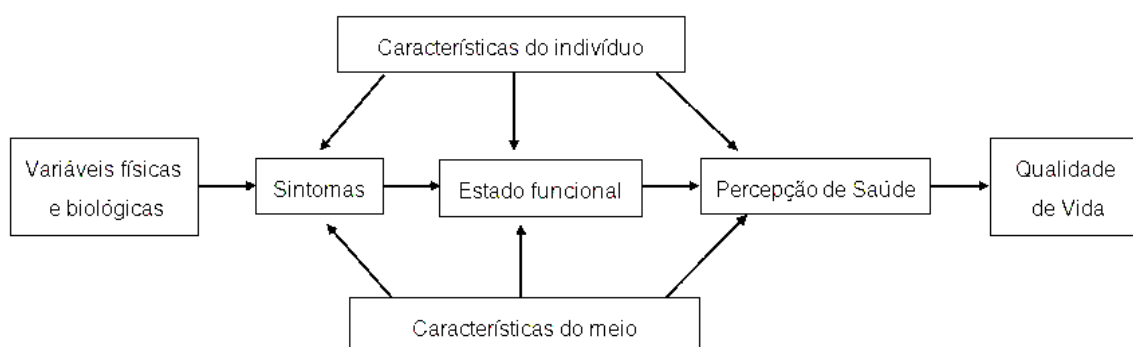


Figura I.3: Ligações entre variáveis clínicas e Qualidade de Vida (traduzido de Wilson e Cleary, 1995)¹².

Num extremo encontram-se as variáveis biológicas e no outro a Qualidade de Vida. Entre os dois extremos estão os sintomas, o estado funcional do indivíduo e as percepções de saúde.

Este modelo liga conceitos biofísicos com impactos sociais e psicológicos e estabelece uma base para que se explore a associação entre ambos. Outra vantagem deste modelo é que por identificar os meios físico, social e económico como influência importante nesta sequência causal, faz uma ligação entre o conceito biomédico e sócio-ambiental de saúde. Como tal, ele oferece o que Engel em 1977 chamou de perspectiva bio-psico-social³⁴.

Existem evidências de estudos na Medicina e na Medicina Dentária da utilidade de modelos como este^{15, 34}. Qualidade de Vida associada à saúde e percepção subjectiva são conceitos semelhantes, centrados na avaliação pessoal e ligados à capacidade do indivíduo viver plenamente no seu espaço social⁹. A percepção é fundamental na definição de Qualidade de Vida e está inserida no conceito proposto pela OMS²⁹.

2.5 Relação entre Saúde Oral e Qualidade de Vida

A Saúde Oral só tem sentido quando acompanhada de saúde geral da pessoa. Sabe-se que diversas doenças sistémicas têm reflexo directamente sobre a Saúde Oral, afectando estruturas e componentes da cavidade oral. O inverso também se revela quando uma precária Saúde Oral se torna um factor de risco à saúde geral³⁵. Outro aspecto a ser salientado é que para se ter um grau razoável de saúde é preciso que o indivíduo se alimente de modo adequado, e para que haja aproveitamento de todos os nutrientes, o sujeito necessitará de um aparelho estomatognático que garanta as funções de mastigação, deglutição e digestão³⁶.

É nesse sentido que o conceito de Qualidade de Vida se torna eminente.

Em 1988, Locker¹⁶ desenvolveu um modelo de Saúde Oral (figura I.4) que consiste numa adaptação da classificação internacional da OMS

“*International classification of impairments, disabilities and handicaps – ICIDH*”¹. Pretende explicar as consequências biológicas, comportamentais e psicossociais das doenças orais. Selecciona os impactos mais significativos e elimina as percepções negativas sobre patologias orais que são pouco relevantes e que não provocam alterações no desempenho diário.

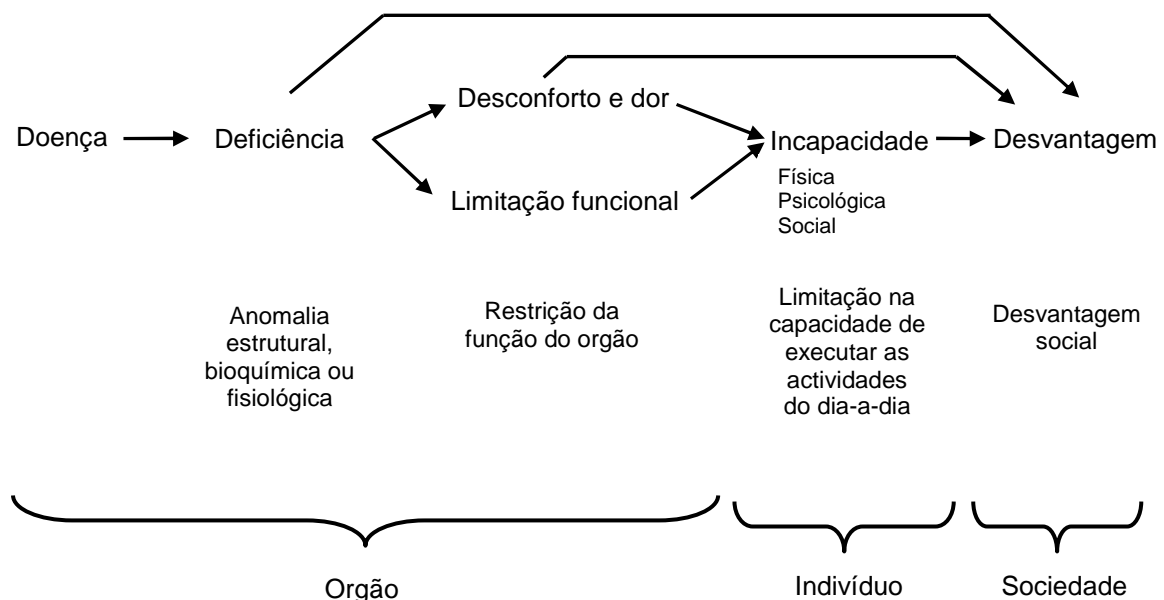


Figura I.4: Modelo de Saúde Oral (adaptado de Locker, 1988¹⁶).

Neste modelo, **deficiência** (*impairment*) é definida como perda ou anormalidade anatómica, estrutural, funcional ou como distúrbios nos processos físicos ou psicológicos presentes à nascença ou causados por doenças ou agressão externa. Exemplos de indicadores de comprometimento são a falta de dentes, o número de dentes funcionais remanescentes e o componente obturado do índice CPO, as maloclusões e as doenças periodontais.

A **limitação funcional** (*functional limitation*) é reputada como sendo a restrição de função esperada, quer no âmbito do corpo, quer no âmbito dos órgãos e sistemas que o compõem. As medidas de limitação funcional em Medicina Dentária são menos comuns e como exemplo pode-se citar a

avaliação da limitação da mobilidade da mandíbula utilizada para classificar a gravidade de disfunções temporomandibulares.

Por **desconforto** (*discomfort & pain*) entende-se a avaliação de restrições nas actividades e avaliações subjectivas de bem-estar. É a resposta à doença, exemplificada pelo auto-relato de dor e desconforto ou outros sintomas físicos e psicológicos.

A **incapacidade** (*disability*) é um conceito comportamental que é definido como qualquer limitação ou falta de capacidade para desempenhar actividades de vida diária. Inclui não somente a restrição de mobilidade, movimento corporal e auto-cuidado, mas também várias outras dimensões de bem-estar físico, psicológico e social.

Por fim, o modelo aborda o conceito de **desvantagem** (*handicap*) que diz respeito à desvantagem social experimentada por indivíduos que apresentam comprometimentos e incapacidades e que não respondem às expectativas da sociedade ou de grupos sociais aos quais pertencem. A desvantagem social resulta das interações entre o indivíduo portador de algum comprometimento físico e o seu ambiente físico e social, que idealmente deveria proporcionar os ajustes necessários ao funcionamento dessa pessoa com as condições que possui, mas que, ao não fazê-lo, limita as possibilidades de alguns dos seus elementos funcionarem adequadamente. A desvantagem (*handicap*) é, assim, multidimensional e pode envolver perda de oportunidade, privação material e social e insatisfação.

Este modelo postula que as doenças provocam deficiências (*impairment*) e limitações funcionais ao nível do órgão. Como consequência, o indivíduo pode ficar incapacitado (*disability*) ou pode ficar com uma desvantagem na sociedade (*handicap*).

Na Saúde Oral, este modelo pode ser ilustrado com o seguinte exemplo descrito por Smith e Sheiham³⁷: o uso próteses mal adaptadas ou em mau estado de conservação (deficiência) por pacientes desdentados como resultado de doenças como a cárie dentária e periodontopatias, resulta em dificuldades na mastigação (limitação funcional), que por sua vez restringe a sua

capacidade de se alimentar (incapacidade), fazendo com que o indivíduo diminua o prazer de comer e se sinta desconfortável ou evite circunstâncias de contacto social onde tenha que mastigar (desvantagem).

Tradicionalmente, a Medicina Dentária tem treinado os seus profissionais a reconhecer e tratar doenças como a cárie, doenças periodontais e lesões da mucosa. Consequentemente, vários índices foram descritos para descrever a prevalência dessas doenças na população. Não obstante a importância desses índices, eles apenas reflectem o estado do processo das doenças. Não dão qualquer indicação do impacto do processo das doenças no bem-estar funcional nem psicológico.

O relato sobre Saúde Oral apresentado pela Organização Mundial da Saúde, em 2003, evidenciou a influência dos factores sócio-culturais e dos aspectos ambientais sobre a condição de Saúde Oral, com piores resultados em grupos com condições de vida precária e com tradições, crenças e cultura que não favorecem a Saúde Oral³⁸.

Por outro lado, é crescente o interesse sobre o tema Qualidade de Vida em estudos de saúde geral^{39, 40} e de Saúde Oral^{37, 45-47}. Sheiham⁴¹ considera a Qualidade de Vida dos indivíduos fortemente influenciada pela sua condição de Saúde Oral. As restrições físicas e psicológicas podem influenciar directamente em aspectos da alimentação, fala, locomoção, convívio social e auto-estima.

3. QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS

A preocupação com a Qualidade de Vida ganhou relevo nos últimos 30 anos, a partir do momento em que o aumento da esperança de vida levou ao crescimento do número de idosos em diversas sociedades. Por outro lado, questões relacionadas com o bem-estar físico, psicológico e social dos idosos começam a despertar interesse aos responsáveis pela saúde, educação, trabalho e segurança social de vários países. Uma boa Qualidade de Vida na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, nem uma responsabilidade individual. É, sim, um produto da interacção de pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudança^{26, 46}.

Quanto mais longa a vida média da população, mais importantes se tornam os conceitos de Saúde e Qualidade de Vida, pois promover a Saúde significa aumentar a Qualidade de Vida do indivíduo, ou seja conferir ao mesmo a sensação de ausência de dor, bem-estar físico-psíco-social e auto-estima positiva⁴².

Definir Qualidade de Vida na velhice implica ter em conta critérios sócio-culturais, médicos e psicológicos, numa perspectiva de continuidade ao longo da vida do indivíduo e da unidade sócio-cultural a que pertence. Ela depende não só de condições macro-estruturais objectivas, tais como rendimento, educação, urbanização e qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos idosos, mas também depende de valores e atitudes sociais, onde estão contextualizados o ponto de vista dos indivíduos e das instituições sobre o significado da velhice e sobre o grau de compromisso da sociedade com o bem-estar dos seus idosos²⁷.

A definição de Lawton para a Qualidade de Vida nos idosos destaca a necessidade de uma avaliação multidimensional das relações do indivíduo com o seu ambiente, associada a critérios sócio-normativos e intrapessoais⁴³. Nesse modelo de Qualidade de Vida, o autor parte do princípio de que cada aspecto da vida pode ser representado em quatro dimensões que podem ser avaliadas e medidas (Figura I.5). Tais dimensões são: competência comportamental, Qualidade de Vida percebida, condições ambientais e bem-estar subjetivo.



Figura I.5. As quatro dimensões do modelo de Qualidade de Vida na velhice (Lawton, 1983)⁴³.

A primeira dimensão, **competência comportamental**, representa a avaliação de um indivíduo nos seguintes domínios: saúde, funcionalidade física, funcionalidade cognitiva, comportamento social e utilização do tempo. Esses domínios estão representados dentro de uma hierarquia, cuja complexidade parte do biológico para o social, envolvendo e interligando as preferências pessoais, os papéis sociais desempenhados e as contribuições ambientais que, por sua vez, contribuem para a avaliação da competência.

A **Qualidade de Vida percebida** representa uma avaliação subjectiva individual que faz com que cada pessoa possa ter ideia do seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais e possui indicadores tais como a saúde percebida, o relato de doenças, de medicações ingeridas, de dor e desconforto, a percepção de alterações cognitivas e o senso de auto-eficácia nos domínios físico e cognitivo⁴⁴. Por exemplo, o relato de dor na cavidade oral indica que o indivíduo possa estar com problemas dentários.

A dimensão das **condições ambientais**, está interligada à competência comportamental e Qualidade de Vida percebida. Refere-se ao ambiente ecológico e construído. Por exemplo, consumir água fluoretada é importante para a Saúde Oral e é um aspecto objectivo do ambiente, que por sua vez é relevante para o domínio da saúde biológica, dentro da dimensão da competência comportamental.

Por fim, a última dimensão do modelo de Qualidade de Vida na velhice é o **bem-estar subjectivo**, que retrata a avaliação pessoal da vida contemporânea em função dos demais domínios. Esta avaliação depende do conhecimento que o indivíduo possui de si mesmo e das suas capacidades para interpretar os eventos passados, presentes e futuros. Possui indicadores cognitivos e emocionais, tais como a saúde mental, julgamentos sobre a satisfação com a vida e afectos positivos e negativos ⁴⁴.

De acordo com Kiyak⁴⁵, a Saúde Oral é percebida pelos idosos como menos importante do que a saúde física geral. Assim, procurar desenvolver uma melhoria na percepção da Saúde Oral poderá reflectir-se sobre outros aspectos da Saúde, de modo que o indivíduo possa avaliar o seu estado de

saúde geral de uma maneira mais positiva, favorecer o auto-diagnóstico e aumentar a auto-estima.

Tanto a satisfação com a vida como a percepção da própria saúde (saúde percebida) são avaliações subjectivas feitas pelo indivíduo e também são indicadores importantes do bem-estar subjectivo.

4. MEDIDAS SUBJECTIVAS DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Medidas subjectivas, obtidas a partir da percepção ou avaliação feita pelo paciente, proporcionam informações que complementam o exame clínico feito pelo profissional, para que o paciente possa ser visto de uma maneira mais completa e de acordo com as definições mais actuais de Saúde.

4.1. Medir Qualidade de Vida em Saúde

A ausência de um instrumento que avaliasse Qualidade de Vida *per se*, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS em 1995 constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (The WHOQOL Group 1995) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural⁴⁶. Como não há um consenso sobre a definição de Qualidade de Vida, o primeiro passo para o desenvolvimento do instrumento “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL) foi a definição do conceito. Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram Qualidade de Vida como “*a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL Group, 1995). É um conceito amplo que abrange a complexidade do constructo e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Assim, o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em grupo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que Qualidade de Vida é uma construção subjectiva (percepção do indivíduo em questão),

multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor). O grupo desenvolveu, dois instrumentos gerais de medida de Qualidade de Vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref^{47, 48}. O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

4.2. Medir Qualidade de Vida em Saúde Oral

Na Medicina Dentária, a epidemiologia tem utilizado indicadores clínicos para identificar factores de risco, determinar prognósticos e tipos de tratamento mais eficazes, identificar prevalência e incidência de diversas doenças e avaliar políticas em Saúde Oral, sem, no entanto, avaliar o impacto que essas doenças podem causar na Qualidade de Vida das pessoas. Com o desenvolvimento dos indicadores qualitativos tornou-se possível a realização de um diagnóstico mais apurado das condições de Saúde Oral de uma população, levando-se em conta a percepção do indivíduo⁴⁹. A maioria das medidas reflectem características da doença que não são apreendidas por meio de medidas de avaliação clínica, justamente porque avaliam a doença e o seu impacto sob a perspectiva do paciente. Estes instrumentos foram criados para complementar os indicadores clínicos usados rotineiramente e para facilitar a recolha de dados sobre a auto-percepção, importantes para o desenvolvimento de programas educativos, preventivos e curativos⁵⁰.

Locker e Miller⁵¹ descrevem dois tipos de indicadores subjectivos de Saúde Oral: o social e o individual. O primeiro refere-se ao impacto social e ao tempo utilizado para o tratamento dentário em termos de perdas de dias de trabalho. O segundo tipo de indicador subjectivo é relativo ao impacto que os distúrbios orais exercem sobre diversos aspectos da vida de um indivíduo.

Grande parte destas medidas subjectivas foi desenvolvida a partir de problemas orais específicos. Elas procuram reflectir a percepção do paciente sobre a sua condição oral e podem incluir desde uma auto-avaliação da quantidade de dentes presentes⁵² até a avaliação da sua aparência⁵³ ou de problemas funcionais ou psicológicos causados pelas doenças orais^{54,59}.

MacEntee⁵⁵ realizou um estudo qualitativo com o objectivo de analisar o significado de Saúde Oral na vida de pessoas idosas em Vancouver, Canadá. Foram seleccionados 20 homens e 20 mulheres, com 70 anos ou mais de idade, classificados como funcionalmente independentes, metade deles desdentados e a outra metade com dentição natural. Os resultados demonstraram que, para os idosos, o envelhecimento tem reflexos na saúde geral, higiene e conforto da boca.

Steele⁵⁶ realizou um estudo com objectivo de verificar o comportamento e as atitudes relacionadas com a Saúde Oral de 1211 indivíduos dentados, com 60 anos ou mais de idade, em três áreas da Inglaterra. Para o estudo foram realizadas entrevistas com questões relativas à frequência de tratamento dentário, preferências no tratamento e práticas de higiene oral. Os resultados mostram que 28% dos idosos só procura tratamento dentário quando apresenta dores ou sintomas de alguma doença oral. A percepção que o indivíduo possui de que não necessita de tratamento dentário é a principal razão para não frequentar um consultório dentário, embora outras razões também fossem citadas, como o medo e o alto custo do tratamento.

A auto-percepção de Qualidade de Vida relativa à Saúde Oral realça o carácter subjectivo e a relatividade do conceito de Saúde, bem como o facto de que as experiências pessoais sobre a doença e a saúde são influenciadas pelo espaço social em que acontecem. Esta percepção baseia-se, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia, onde estudam, trabalham e se divertem⁴.

A auto-percepção da condição de Saúde Oral permite que se tenha um panorama mais próximo da condição real do indivíduo, apesar de esse procedimento não substituir o exame clínico do paciente⁵⁷.

Smith e Sheiham³⁷ realizaram um estudo para avaliar clinicamente as necessidades de tratamento dentário em idosos e comparar a procura de atendimento com a percepção dos seus problemas orais. Fizeram parte do estudo 254 indivíduos, com 65 anos ou mais de idade, residentes em Nottingham, Inglaterra. Utilizou-se uma entrevista seguida de exame clínico. Os resultados mostraram que 78% dos idosos necessitavam de tratamento dentário, principalmente protético. Os idosos mencionaram algumas barreiras que dificultavam a realização do tratamento dentário, como o custo, o medo, a dificuldade de locomoção e a sensação de que estão a incomodar o dentista. Os autores concluíram que a grande necessidade de tratamento detectada clinicamente, e a baixa procura dos serviços indicavam que outros factores, como os de saúde e os sociais, deveriam ser levados em consideração na avaliação da necessidade de tratamento em idosos.

Mesmo nos países que mantêm programas dirigidos a idosos, a principal razão para esse grupo não procurar o serviço médico-dentário é a não-percepção da sua necessidade⁴⁵. Estudos sobre a auto-percepção mostram que ela está relacionada com alguns factores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados⁶², e com factores subjectivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas⁵⁴, além de também poder ser influenciada por factores como classe social, idade, rendimento e sexo⁵⁸. De uma maneira geral, esses estudos mostram que as pessoas conseguem perceber a sua condição oral com alguma precisão, porém usando critérios diferentes do profissional⁵⁸. Enquanto o Médico Dentista avalia a condição clínica pela presença ou ausência de doença, para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças orais. Em idosos, a percepção também pode ser afectada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade, o que pode levar a pessoa a subestimar a sua condição oral⁴⁵.

Vários trabalhos foram realizados para comparar os dados obtidos pelo profissional, através de exame clínico, com a percepção do paciente sobre a sua condição oral. Nestes estudos, avalia-se a concordância entre os dois métodos de exame e os factores que podem influenciar o paciente na sua avaliação.

Kononen⁵² conduziu um estudo com o objectivo de examinar a validade das informações obtidas através de auto-exame da boca em relação à presença de próteses, ao número e à distribuição dos dentes remanescentes. Concluiu que o método de recolha de dados é válido para avaliar a condição oral em relação ao número de dentes presentes e ao uso de próteses removíveis.

Gilbert⁶³ avaliou a percepção da necessidade de tratamento dentário em idosos com 65 anos e mais nos EUA, levando em consideração os sinais e sintomas das doenças orais, os problemas psicossociais decorrentes da condição oral e outros factores que afectam a percepção da necessidade de tratamento dentário. Os resultados mostraram que as pessoas percebiam a sua necessidade de tratamento a partir de sinais e sintomas específicos e não a partir de uma avaliação geral da sua saúde dentária ou periodontal. Grande parte das pessoas relatou sinais e sintomas orais que, considerados do ponto de vista profissional, eram suficientes para indicar a necessidade de tratamento, mas não do ponto de vista das pessoas.

Segundo Barros, “classificar a Saúde Oral em boa, má ou razoável é também definir a Qualidade de Vida, pois ela surge das condições de classe social, das relações laborais, da alimentação, das condições da habitação, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer e aos serviços de saúde, enfim, tudo o que diz respeito à vida”⁵⁹.

Medir o Impacto Social da Saúde Oral

As consequências dos problemas orais atingem não somente a saúde física mas também o bem-estar económico, social e psicológico dos

indivíduos¹⁴. Na década de 80, o impacto social das doenças orais começou a ser avaliado de uma forma bastante genérica⁶⁰.

Surgiram os indicadores de nível macro que procuravam documentar o custo económico, social e político das manifestações de desordens orais. Tais indicadores baseavam-se em dias de trabalho perdidos, dias de ausência escolar e dias com redução de actividades, reflectindo a redução do desempenho do indivíduo no trabalho devido a enfermidades orais⁶⁰.

Reisine⁶¹, num artigo publicado em 1985, procurou comparar as consequências das desordens orais na sociedade com as de outras condições patológicas, tais como desordens gastrointestinais e genito-urinárias. O estudo concluiu que as outras condições patológicas ocorrem com mais frequência do que as dentárias, mas o indivíduo permanece menos tempo privado de exercer as suas funções normais. Problemas dentários agudos podem apresentar um impacto similar a condições como neoplasias e acidentes vasculares cerebrais (sem levar em consideração a severidade da enfermidade), já que os dias de trabalho perdidos por jovens, em fase de produtividade, são mais frequentes por problemas orais. Quando se soma o número de horas perdidas pelo total de indivíduos empregados naquele ano, chega-se a um custo bastante relevante para a indústria.

Os indicadores do nível macro, com visão basicamente economicista, não contemplam informações de carácter pessoal, como aspectos psicológicos, quantidade e natureza da incapacidade e prejuízos a nível individual.

O impacto da Saúde Oral relacionado ao bem-estar geral do indivíduo e da sua Qualidade de Vida, passa a ser mais abordado na década de 90, com a introdução dos indicadores de nível micro. Estes podem ser unidimensionais, que se valem de só uma variável, como a capacidade mastigatória ou a intensidade de dor oral ou podem ser multidimensionais. Estes últimos têm sido amplamente desenvolvidos e aplicados por serem mais abrangentes e completos englobando diversas dimensões como dor, restrições alimentares e bem-estar psicológico dos indivíduos. Ainda que existam diferenças no nível de complexidade entre estes, todos procuram abordar opiniões acerca dos efeitos

das condições orais sobre o bem-estar funcional, social e psicológico de cada indivíduo ⁶⁰. A Medicina Dentária tem procurado explorar esta questão com a aplicação de questionários que refletem as percepções dos pacientes em diferentes condições. Entre eles, podem-se citar:

- The Social Impact of Dental Disease (SIDD): Cushing, Sheiham & Maizels, 1986⁶²;
- Index of Chewing Ability (ICA): Leake, 1990⁶³;
- The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI): Atchison & Dolan, 1990⁶⁴;
- Oral Health Impact Profile (OHIP): Slade & Spencer, 1994⁶⁵;
- Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI): Locker & Miller, 1994⁷⁰;
- The Dental Impact on Daily Living (DIDL): Leão & Sheiham, 1996⁶⁶;
- Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL): Kressin, 1997⁶⁷;
- The Dental Impact Profile (DIP): Strauss, 1993⁶⁸;
- The Sickness Impact Profile (SIP): Gilson et al, 1975⁶⁹; Reisine, 1997⁷⁰;
- Oral Impacts on Daily Performances (OIDP): Adulyanon & Sheiham, 1997⁷¹;
- The Shortened Dental Arch (SDA): Elias & Sheiham, 1998⁷².
- Oral Health Quality of Life Inventory: Cornell, 1994⁷³
- Rand Dental Questions: Dolan 1991⁷⁴.

Como exemplo de índice unidimensional, pode-se mencionar o trabalho de Leake⁶³, que em 1990 divulgou um estudo realizado para desenvolver e testar um índice para medir a capacidade mastigatória, que pudesse ser utilizado em investigações epidemiológicas. O índice avalia a capacidade individual em mastigar cinco alimentos diferentes, para os quais se estipula um grau de dificuldade numa escala de 0 a 5. O estudo revelou que, entre as

peessoas que possuem dentes, algumas situações clínicas da cavidade oral parecem influenciar a capacidade mastigatória como p.e. falta de dentes naturais posteriores, necessidade de cuidados urgentes por presença de dor ou infecção. Para indivíduos desdentados totais, a capacidade mastigatória está influenciada por factores relacionados com o estado das próteses utilizadas. O estudo não avaliou os aspectos sociais desta disfunção⁶⁰.

Os estudos que aplicam índices multidimensionais utilizam medidas subjectivas aplicadas em diversas culturas¹⁷. A maioria desses estudos envolveram populações adultas, geralmente idosos e foram desenvolvidos abrangendo diversas dimensões de impacto como dor, desconforto, estética, dificuldade na alimentação, na comunicação, nas relações afectivas, nas actividades diárias e no bem-estar psicológico do indivíduo.

Um dos estudos pioneiros foi o publicado por Cushing e cols. em 1986⁶². O índice “The Social Impacts of Dental Disease” foi aplicado em 618 indivíduos adultos, trabalhadores do Norte e do Sul da Inglaterra. Este índice propõe-se medir o impacto das doenças orais segundo três aspectos: físico, social e psicológico. Para isto os indivíduos foram solicitados a responder um questionário com 14 questões. Os efeitos adversos das doenças orais foram assim avaliados sob cinco aspectos: dor, dificuldade na alimentação e comunicação, incómodo e insatisfação com a estética. O principal impacto encontrado nesta população foi o incómodo, afectando 50% dos indivíduos.

Em 1989, Dolan e Gooch num estudo de saúde geral envolvendo 1658 indivíduos adultos dos Estados Unidos da América avaliaram o impacto da Saúde Oral⁷⁴. O estudo foi baseado nas respostas a três questões incluídas num instrumento utilizado por “Rand Health Insurance Study” (“Estudo do Seguro de Saúde Rand”), o qual incorpora oito conceitos de Saúde: problemas físicos, limitações por problemas pessoais ou mentais, vitalidade, saúde mental, função social, dor corporal e saúde geral. Foi desenhado para medir os efeitos de diferentes seguros de saúde no estado de saúde, qualidade de assistência, utilização e custos dos serviços para os pacientes. As perguntas estão relacionadas com três importantes consequências de doenças orais: dor (processos crónicos e agudos), preocupação/apreensão (ansiedade e

incómodo) e interacções sociais (aparência e auto estima). Os resultados da utilização deste índice, indicam que preocupação/apreensão foi o impacto de maior prevalência nesta população, enquanto que a comunicação foi raramente afectada⁶⁰.

Reisine⁷⁵, publicou um estudo avaliando a utilização do SIP- “Sickness Impact Profile”, um índice geral de Saúde, para medir o impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida dos indivíduos. O índice foi aplicado em pacientes com problemas temporo-mandibulares, doença periodontal, reabilitações orais e cancro oral. Os estudos assinalam algumas limitações no índice, nomeadamente, ser muito extenso (136 questões) e pouco sensível à ocorrência do impacto de condições orais menos expressivas, como por exemplo, o cancro oral. O índice tem sido mais utilizado na medicina com o propósito de verificar o estado dos indivíduos doentes e avaliar a resposta ao tratamento, avaliar a saúde das populações e avaliar e planear os programas de atenção e tratamento médico.

O GOHAI –“The Geriatric Oral Health Assessment Index” foi um índice publicado por Atchison e Dolan em 1990, com o intuito de avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das alterações de Saúde Oral e minimizar os efeitos subjectivos da auto-percepção⁶⁴. Procurava estimar o grau do impacto psicossocial (preocupação ou insatisfação com a aparência e os relacionamentos pessoais) associado a doenças orais e avaliar a eficácia do tratamento dentário. Este índice está baseado em manifestações de pacientes com problemas oro-funcionais como a dor, o desconforto e a perda das funções orais. O questionário é composto por 12 questões, com perguntas sobre problemas orais que afectam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto dos idosos. Foi aplicado a uma amostra de 1911 pessoas sob cuidados médicos, com idade superior a 65 anos em Los Angeles (Estados Unidos). Comparando pessoas que apresentavam dentes naturais e desdentados, as primeiras relataram ter menos problemas na selecção dos alimentos e menor desconforto na mastigação. Estas pessoas informaram também ter menores impactos psicossociais. Não houve diferença entre os dois grupos no que se refere a satisfação com a aparência,

preocupação e fala. Esse mesmo índice foi utilizado por Kressin⁸⁰ em 1998 para avaliar como foram percebidos os impactos da Saúde Oral pelos indivíduos pertencentes a duas amostras de idosos nos Estados Unidos. A medida apresentou boas propriedades psicométricas (confiabilidade e correlação entre parâmetros) e foi capaz de identificar diferentes impactos da Saúde Oral nas duas populações. Esse instrumento de pesquisa, validado por Dolan, serve como referência para o planeamento das acções de Saúde direccionadas ao idoso⁷⁶.

Outro estudo realizado no Canadá por Locker⁵¹, utilizou um grupo de 553 indivíduos, com idade superior a 18 anos, no qual foi aplicado um questionário de 39 questões, denominado “Subjective Oral Health Status Indicators”. Este índice propõe medir o impacto funcional, social e psicológico das condições orais sob os seguintes aspectos: capacidade mastigatória, capacidade de falar claramente, dor oral e facial, outros sintomas orais, problemas com a alimentação, problemas de comunicação e nas relações sociais, limitações nas actividades diárias e preocupações com a Saúde Oral. Os indivíduos com mais de 65 anos apresentaram impactos negativos, predominantemente nas dimensões referentes a preocupações com a Saúde Oral e problemas com a alimentação. A capacidade de falar claramente foi um aspecto que não afectou esta amostra de forma significativa.

O estudo publicado por Strauss & Hunt⁶⁸, em 1993, divulga a aplicação do “Dental Impact Profile”. O estudo realizou-se num grupo de mais de 1000 idosos do estado de Carolina do Norte (Estados Unidos) a fim de determinar como os dentes (naturais ou próteses) afectavam a Qualidade de Vida destes indivíduos a nível social, psicológico e biológico. Foi utilizado um questionário com 25 perguntas para averiguar a valorização que o individuo dava aos seus dentes e se estes eram responsáveis por melhorar ou piorar as suas vidas. Os itens referidos como mais afectados nesta população, foram satisfação com a capacidade de trincar e mastigar os alimentos, aparência para o grupo, aparência para si próprio e sensação de bem-estar. Mais de 75% da amostra não considerou que os dentes ou próteses tinham efeito no humor, apetite, sucesso profissional, relações afectivas e participação nas actividades diárias.

Em 1994, Cornell⁷³ publicou um artigo, informando a utilização do “Oral Health Quality of Life Inventory”. Este índice propõe a medição da satisfação pessoal do indivíduo e o grau de importância que ele atribui à saúde da sua boca e à funcionalidade da mesma. O índice está organizado em seis domínios específicos: (1) paladar e função salivar; (2) estética dento-facial; (3) Saúde Oral em geral e funcionalidade da cavidade oral; (4) dor dento-facial; (5) fala (6) mastigação e deglutição. A medida aplicou-se a uma amostra de 63 pacientes adultos da Clínica Dentária da Universidade do Texas, Estados Unidos. Estes indivíduos responderam a um questionário composto por 15 itens, cada um subdividido em 2 dimensões: importância e satisfação. Os resultados deste trabalho sugeriram a existência de importantes diferenças em relação a impactos subjectivos entre os diferentes grupos étnicos em estudo (americanos e imigrantes mexicanos e europeus) nas dimensões de aparência e Saúde Oral em geral.

“The Oral Health-Related Quality of Life Measure”-OHQOL (Medida de Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Oral), um questionário com apenas três perguntas, foi o instrumento utilizado por Kressin para realizar os seus estudos publicados em 1996⁷⁷. Este índice propõe-se a medir o impacto da Saúde Oral no quotidiano do indivíduo. Procura analisar efeitos adversos das doenças orais, tais como dificuldades nas actividades diárias como trabalho e tempos livres; dificuldades nas interações sociais entre os familiares, amigos e companheiros de trabalho; e problemas com a aparência que levam o indivíduo a restrições na comunicação interpessoal. O índice foi aplicado nos Estados Unidos em três grupos diferentes de pessoas: uma amostra de 1242 indivíduos com idade média de 67 anos; uma segunda amostra de 957 indivíduos com idade média de 63 anos; uma outra amostra de 911 indivíduos com idade média de 51 anos. Os resultados indicaram que os problemas com os dentes ou gengivas afectaram principalmente as actividades diárias dos indivíduos⁶⁰.

Kressin, num estudo posterior faz a comparação do índice OHQOL (“Oral Health-Related Quality of Life Measure”) com o GOHAI (“The Geriatric Oral Health Assessment Index”) ⁷⁸. Sugere que o GOHAI é mais sensível que o OHOQL, porque possui um maior número de questões específicas.

Consequentemente, impactos nalgumas áreas como escolher alimentos, trincar, mastigar e deglutir só seriam reflectidos no resultado do OHQOL se fossem suficientemente fortes para afectar o trabalho, a conversação ou as actividades sociais do indivíduo.

No Brasil, Leão e Sheiman, publicaram em 1996 o índice “The Dental Impact on Daily Living”⁶⁶. Este índice tem como proposta avaliar o impacto da Saúde Oral no desenvolvimento das actividades normais no quotidiano do indivíduo, ou seja, medir os problemas psicossociais com reflexos na Qualidade de Vida das pessoas segundo a sua condição oral. Compreende cinco dimensões: (1) incómodo, relacionado com queixas como sangramento gengival e impactação alimentar; (2) aparência; (3) dor; (4) desempenhos, no que se refere a capacidade de exercer as actividades diárias e interagir com as pessoas; e (5) restrição alimentar, relacionada com dificuldades em trincar e mastigar. Aplicou o questionário de 36 perguntas numa população de 662 indivíduos com idade entre 35 e 44 anos. Utilizou também uma escala para avaliar a importância de cada uma das dimensões analisadas para cada indivíduo. No final, foi possível detectar que nesta população, o problema com a aparência foi o impacto negativo da Saúde Oral mais mencionado.

Adulyanon e cols.⁷⁹ em 1996 aplicaram um outro índice, “Oral Impacts on Daily Performances”, em 16 indivíduos da Tailândia, numa amostra de 501 habitantes, com idade entre 35 e 44 anos. O objectivo do índice era medir a gravidade do impacto das doenças orais no desempenho físico, psicológico e social do indivíduo no exercício das suas actividades diárias, tais como comer, falar, higienizar os dentes, dormir, sorrir, controlo emocional, trabalho e relacionamento social. Os indivíduos responderam a um questionário de 8 perguntas que se poderiam decompor em mais duas questões cada uma. Primeiro perguntava-se sobre a presença do impacto em cada uma das suas actividades. Se a resposta fosse positiva, perguntava-se sobre a frequência e severidade com que esse impacto aparecia. Os resultados do estudo indicaram que as actividades com maior prevalência de impacto negativo foram alimentação e controlo emocional⁶⁰.

Em 1994, Slade e Spencer publicaram um estudo, no qual apresentaram como resultado o questionário OHIP_“The Oral Health Impact Profile” (Perfil do Impacto da Saúde Oral) ⁶⁵. Este questionário com 49 questões, tem como finalidade identificar impactos negativos, nos últimos 12 meses, atribuídos às condições orais (problemas com os dentes, boca ou prótese), relatadas pelo próprio indivíduo. O questionário foi aplicado num grupo de 122 pessoas com idade superior a 60 anos, residentes em Adelaide, Austrália, que o responderam de acordo com a frequência com que os problemas orais se manifestaram. A “limitação funcional” e a “dor física” foram as dimensões que mais frequentemente afectaram a população estudada. Outros problemas bastante comentados foram: incapacidade física e impactos psicológicos.

Um estudo em idosos no Canadá, que utilizou o OHIP, mostrou que as condições orais têm um impacto negativo na vida diária ^{80, 81}. Outro estudo realizado na Carolina do Norte comparando idosos negros e brancos informou que os negros apresentavam mais impactos causados por problemas orais que os brancos ⁸⁵. Estas questões têm boa distribuição de prevalência, sugerindo que o indicador pode ser usado para quantificar o impacto e o bem-estar do indivíduo. Analisaram-se os resultados destes estudos nas diferentes populações (Austrália, Canadá e Carolina do Norte) onde se observou que factores culturais e sociais influenciam a Saúde Oral e os seus impactos na vida diária ⁸⁵.

Em 1998, Slade, dando seguimento ao seu trabalho na Austrália, desenvolveu um estudo longitudinal onde os resultados obtidos demonstraram que muitos idosos sofrem impactos de curta duração entre largos períodos de estabilidade⁸². Estudos que têm usado o OHIP em várias populações revelam níveis de disfunção, desconforto e incapacidade que parecem consistentes com as condições clínicas.

O questionário “Oral Health Impact Profile” (OHIP), traduzido para o português como “Perfil do Impacto da Saúde Oral”, é um indicador subjectivo, desenvolvido para fornecer uma medida da disfunção, desconforto e incapacidade, auto-avaliada, atribuída à condição oral. É entendido como complemento dos indicadores tradicionais de epidemiologia oral de doenças

clínicas, fornecendo informação sobre o impacto dos problemas orais na população e da eficácia dos serviços de saúde em reduzir esse mesmo impacto.

O questionário aborda três dimensões funcionais: social, psicológica e física, tendo como objectivo identificar os impactos que estão relacionados com condições orais em geral. Todos os impactos do OHIP são conceptualizados como consequências adversas, e portanto este instrumento não mede qualquer aspecto positivo da Saúde Oral. O desenvolvimento do OHIP seguiu abordagens que têm sido usadas em questionários de saúde geral para medir o impacto dos cuidados médicos no bem-estar social e funcional⁶⁵.

A abordagem envolveu identificar um modelo conceptual que definisse dimensões relevantes do impacto, então adquirindo uma ampla gama de questões e pesos numéricos associados, os quais poderiam ser combinados para criar sub-escalas que reflectem a frequência de cada impacto e tece julgamentos sobre a gravidade do impacto. Este modelo de questionário está baseado na classificação da Organização Mundial de Saúde¹¹, na qual os impactos das doenças são categorizados numa hierarquia que vai desde sintomas internos, principalmente do indivíduo (representado na função de limitação funcional) às incapacitações que afectam papéis sociais como o trabalho.

Entrevistas com uma amostra de 64 pacientes de Medicina Dentária foram conduzidas para se identificar declarações sobre os impactos adversos das condições orais. As entrevistas foram realizadas em Adelaide, na Austrália, entre pacientes adultos utentes de serviços de saúde pública e privada. Obtiveram um total de 535 declarações, que foram categorizadas em sete dimensões conceituais: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e dificuldades (handicap) no trabalho ou sociais. Cada item tem um peso, criado com a finalidade de se dimensionar a importância, ou melhor, a gravidade das declarações dentro de cada dimensão de conceito. Uma replicação destes procedimentos de pesagem feita no Canadá descobriu que o ranking dos itens

do OHIP feito pelos Sul Australianos foi amplamente similar aos indivíduos que falam inglês em Ontário e aos que falam francês em Quebec ⁶⁰.

O questionário OHIP consiste em 49 declarações que foram reformuladas em forma de questões. Os intervenientes são questionados para indicarem com que frequência sofrem cada problema, dentro de um período de referência, por exemplo, de 12 meses. As respostas são dadas num formato de escala tipo de Likert com cinco categorias de resposta. As categorias de respostas são: “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “várias vezes” e “quase sempre”. Os participantes também podem ter acesso a resposta “não sei” para cada questão. Para duas questões relacionadas a problemas com o uso de próteses, existe a opção de resposta de “não uso prótese” para indicar que este tipo de questão não se aplica. Em cada item, multiplica-se o valor do código pelo peso atribuído a essa questão e no fim somam-se os valores de todos os itens. Valores elevados de OHIP correspondem a uma fraca Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral⁸⁰. Estudos posteriores concluíram que os métodos de contagem do índice, com ou sem graduações de cada pergunta, eram válidos^{39, 86-88}.

A validação da versão original e da versão francesa na população canadiana evidenciou o grau de consistência intercultural do OHIP-49⁸³. Também já foram validadas as versões chinesa⁸⁷, sueca⁸⁴, italiana⁸⁵, húngara⁸⁹ e brasileira⁸⁶. Na Alemanha, foi desenvolvida uma versão do índice OHIP (OHIP-G)⁹⁰ que teve como base o original ao qual se adicionou quatro questões específicas para a população germânica. Os autores realizaram um estudo com este índice com o objectivo de encontrar valores de referência da população alemã para uma possível comparação com amostras de outros estudos⁹⁰. Tem sido aplicado em vários estudos⁹⁰⁻⁹³.

O OHIP-49 tem sido largamente utilizado e testado sobretudo em estudos transversais^{58, 86, 90-95} mas também já foi utilizado num estudo longitudinal observacional⁸². Recentemente este instrumento foi utilizado em estudos clínicos como indicador do efeito da reabilitação com prótese total sobre implantes em indivíduos adultos⁹⁰⁻⁹⁵.

Uma versão reduzida do OHIP-49 contendo apenas 14 questões, designada de OHIP-14, foi descrita por Slade em 1997, desenvolvida através de uma análise de regressão do índice original⁸⁷. Esta versão integra apenas duas perguntas para cada uma das sete dimensões incluídas na versão longa e as respostas são dadas tendo em conta o mês anterior ao questionário. A sua validação foi realizada numa população idosa do Sul da Austrália e apesar de esta redução aparentemente comprometer a validade do índice, alguns estudos demonstraram que o OHIP-14 apresentou validade semelhante à versão longa e, além disso, ao diminuir o número de perguntas reduz o tempo de resposta ao questionário facilitando a sua aplicação⁸⁶⁻⁸⁸. É um índice fácil de utilizar tendo sido já validado para a população do Reino Unido⁸⁸⁻⁹⁰. Foram traduzidas e validadas as versões em singalês⁸⁸, birmanês⁸⁹, malaio⁹⁰, japonês⁹¹, hebraico⁹², sueco⁹³ e português^{94, 95}.

Tem sido utilizado em estudos transversais envolvendo grupos específicos de indivíduos, como indivíduos com desordens temporomandibulares^{85, 96}, líquen plano^{97, 98}, desdentados totais⁹⁹ ou comparando indivíduos com e sem necessidade de tratamento protético^{100, 101}.

Inicialmente os estudos incidiram em população idosa⁸⁷ mas actualmente vem sendo utilizado noutras faixas etárias^{89, 102-107}. O instrumento foi também utilizado em estudos longitudinais de observação de população geriátrica⁸² e na população adulta¹⁰⁸, em estudos para avaliação do efeito da reabilitação com próteses dentárias implanto-suportadas^{99, 109} e para avaliação de programas de tratamento dentário em idosos^{110, 111}.

Também já foi utilizado em estudos clínicos para avaliar efeitos de tratamentos como exodontias do terceiro molar^{112, 113}, pericoronarites sintomáticas de 3º molar¹¹⁴, ansiedade em torno de tratamento dentário^{115, 116}, tratamento periodontal^{117, 118}, tratamento ortodôntico^{119, 120}.

Os estudos que têm usado o OHIP-14, consideram o instrumento como um excelente indicador subjectivo da Saúde Oral. Os problemas podem ser avaliados não só pela frequência mas também pela gravidade. A importância relativa de cada problema através da graduação das questões foi considerada

uma mais-valia deste índice. No entanto, outros estudos mostraram que a importância de cada problema, ao ter sido definida por um grupo de peritos e não pelo próprio indivíduo, introduz enviesamentos de subjectividade na avaliação da gravidade dos problemas. Concluíram que o índice manteve boas propriedades psicométricas mesmo quando não se atribuíam graduações ou pesos a cada pergunta^{121, 122}.

Allen e Locker em 2002¹²¹ propuseram uma versão alternativa ao OHIP-14, com apenas dois itens em comum com a versão reduzida desenvolvida por Slade em 1997. Os autores sugeriram que se o objectivo principal for detectar mudanças na Qualidade de Vida relacionada à condição de Saúde Oral ao longo do tempo, a versão desenvolvida por eles seria preferível.

Em publicação posterior, os mesmos autores desenvolveram uma versão específica para população desdentada (OHIP-EDENT) composto por 19 itens¹²³. Esta é uma versão reduzida do índice original OHIP-49. Aquando da redução do OHIP-49 para o OHIP-14, as perguntas relativas à reabilitação protética, como a dificuldade em mastigar, foram excluídas. Este facto poderia afectar as propriedades do índice OHIP-14 para realizar a avaliação dos efeitos dos tratamentos protéticos¹²⁴. Os resultados de estudos onde foi aplicado o OHIP-EDENT mostraram que este instrumento teve boa validade e foi capaz de detectar mudanças em indivíduos desdentados apresentando qualidades psicométricas semelhantes à versão original.

Não se pode deixar de reconhecer a importância dos indicadores subjectivos moldando o futuro da Medicina Dentária, onde os aspectos comportamentais e psicológicos do tratamento dentário terão um importante e crescente papel no atendimento aos pacientes e se tornarão parte integral da prática clínica e do seu planeamento. Existe uma relação que muitas vezes não é tão evidente entre as medidas que o profissional considera importantes índices da condição de Saúde Oral e os padrões subjectivos dos pacientes sobre Saúde Oral¹²⁵.

Em diferentes graus a Qualidade de Vida é sempre afectada pelas doenças da cavidade oral e, proporcionalmente a esta escala de resultados,

tem-se também diferentes graus de envolvimento pessoal no que diz respeito à produtividade no trabalho. Diferenças culturais, sociais, de faixa etária, económicas e psicológicas podem dar diferentes percepções e diferentes comportamentos relacionados à Saúde Oral⁵.

As alterações demográficas nas populações verificadas no último século levaram a uma alteração no padrão de Saúde Oral apresentado pela população mais idosa. Esta alteração implica um aumento da proporção de pessoas que mantêm algum dente natural associado a um aumento do número e alterações das condições dos seus dentes. Tem-se observado, um número crescente de pessoas que chegam a uma idade avançada e em estados de Saúde e de actividade cada vez melhor. Com o aumento da população idosa, encontraremos um "novo idoso", com condições físicas, sociais e psíquicas bastante particulares, que demandará por uma maior e mais diversificada atenção por parte dos profissionais da Saúde¹²⁶. Neste sentido, o profissional de Saúde Oral deveria lançar mão de uma Medicina Dentária cujo principal papel não valorize somente a utilização de recursos clínicos para o diagnóstico das condições de Saúde Oral, mas que leve em consideração o modo como a população percebe a sua própria situação no que se refere aos aspectos da Saúde e doenças orais³.

5. CONSIDERAÇÕES DEMOGRÁFICAS

A representação gráfica da estrutura etária da população mundial de países desenvolvidos e de alguns países em desenvolvimento, sofreu modificações ao longo dos anos, passando de uma figura piramidal para uma figura trapezoidal. Isso representa uma diminuição da sua base populacional, determinada pelo decréscimo das taxas de natalidade, e um alargamento do seu vértice, representado pelo aumento da esperança de vida nas pessoas idosas¹²⁷.

Mantidas as diferenças regionais, verifica-se em todo o mundo o envelhecimento da população e um aumento significativo da esperança de vida. Este facto resulta de uma série de avanços tecnológicos tais como

saneamento das águas de abastecimento público, campanhas de vacinações, progressos na Medicina, diminuição da mortalidade infantil mas maior controlo da natalidade, divulgação de medidas preventivas de Saúde, troca de tabús religiosos por verdades científicas e estilo de vida mais saudável com consequente declínio das taxas de mortalidade^{128,129,130}. Assim, a esperança de vida que na Roma Antiga era de 22 anos, aumenta progressivamente sendo que na Idade Média, embora existissem casos de maior longevidade, a vida terminava cerca dos trinta anos¹³¹. Em meados do século XX, a esperança de vida à nascença nos E.U.A. era já de setenta anos¹³² (Quadro I.1).

Quadro I.1: Esperança de vida ao longo dos séculos

Época	Local	Idade
50 A.C.	Roma	22 anos
1750 D.C.	Suécia	35 anos
1850 D.C.	E.U.A.	40 anos
1950 D.C.	E.U.A.	70 anos
	3º mundo	41 anos
2000 D.C.	Europa	85 anos
	3º mundo	62/65 anos

Fonte: WHO. Population Fund Report; 2000¹³³

Segundo dados da OMS¹³⁴, entre 2005 e 2050, metade do aumento da população mundial dever-se-á ao aumento da população de 60 ou mais anos de idade, enquanto o número de crianças (pessoas com menos de 15 anos de idade) sofrerá uma ligeira diminuição. Por outro lado, nas regiões mais desenvolvidas, prevê-se quase uma duplicação da população de 60 anos ou mais, enquanto que a de menos de 60 anos seguramente diminuirá.

A fecundidade segue alta nos países menos desenvolvidos e, se bem que se prevê que diminua, será sempre superior nesses países do que no resto do mundo. Nos países em desenvolvimento, a fecundidade desceu de forma notável desde os finais dos anos 70, e na maioria deles prevê-se que em 2050 os nascimentos não superem os falecimentos¹³⁴.

As projecções demográficas para o século XXI apontam para o aumento do número de pessoas idosas, estimando-se que o número de pessoas de 60 ou mais anos de idade triplicará, passando de 673 milhões em 2005 a 2.000 milhões em 2050¹³⁴.

Outro factor que contribui para o envelhecimento da população é a redução da mortalidade na idade adulta. A nível mundial, a esperança de vida à nascença que se calcula ter aumentado de 58 anos em 1970-1975 para 67 anos em 2005-2010, seguirá aumentando até chegar aos 75 anos em 2045-2050 (Quadro I.2). Nas regiões mais desenvolvidas, o aumento previsto é dos 77 anos de hoje a 82 anos para meados do século, e nas regiões menos desenvolvidas prevê-se que aumente de 65 anos em 2005-2010 para 74 anos em 2045-2050¹³⁴.

Quadro I.2: Esperança de vida á nascença a nível mundial, por grupos principais de desenvolvimento e zonas.

<i>Zonas principais</i>	<i>2005-2010</i>	<i>2045-2050</i>
Mundo	67,2	75,4
Regiões mais desenvolvidas	76,5	82,4
Regiões menos desenvolvidas	65,4	74,3
África	52,8	66,1
América do Norte	78,5	83,3
América Latina e Caraíbas	73,3	79,6
Ásia	69,0	77,4
Europa	74,6	81,0
Oceania	75,2	81,0

Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais da Secretária das Nações Unidas (2007)¹³⁴.

Em Portugal, o fenómeno não é diferente. Em 1960, a esperança de vida era já de 61,2 anos para os homens e 66,9 anos para as mulheres; em 1981 de 68,2 anos para os homens e de 75,2 anos para as mulheres; em 1998 de 71,7 anos para os homens e de 78,8 anos para as mulheres¹³⁵. O número de pessoas idosas mais que duplicou nos últimos quarenta anos, provocando o

alargamento do topo da pirâmide etária. Dados do censo 2001 apontaram para um aumento de 26% dos indivíduos com 65 anos ou mais desde 1991, passando a representar 16,4% da população portuguesa¹³⁶. A estrutura etária da população continuará a sofrer alterações nos próximos anos, prevendo-se que o fenómeno do envelhecimento demográfico se acentue e a população idosa ultrapasse em número a população jovem, entre 2010 e 2015.

O envelhecimento populacional no mundo tem colocado o desafio de enfrentar essa nova realidade e tem exigido respostas no que diz respeito especialmente às políticas de saúde e sociais dirigidas à população idosa, com o intuito de preservar a sua Saúde e Qualidade de Vida.

Uma boa Saúde Oral influencia algumas destas metas, pois elimina dores oro-faciais, melhora a mastigação, facilita a ingestão/digestão e comunicação (sorrir e falar), aumenta a auto-estima, e diminui o número de doenças¹³⁷.

Na área da Saúde Oral, vários estudos mostram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande prevalência de problemas periodontais, lesões da mucosa oral e uso de próteses inadequadas¹³⁸. A meta proposta pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 indicava que, para a faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveria apresentar pelo menos vinte dentes em condições funcionais¹³⁹. Este resultado está longe de ser atingido, sendo decorrente da escassez de programas de Saúde dirigidos a esse grupo populacional, pois não representam prioridade nos serviços públicos, mesmo face aos problemas acumulados e à forte mudança demográfica verificada no país. Frente a esse abandono e dificuldades, se não forem adoptadas acções voltadas à educação para a Saúde com ênfase nos programas de prevenção e auto-percepção, o quadro de Saúde Oral dessas pessoas não apresentará melhorias consideráveis com o passar do tempo.

Neste contexto de dificuldades, uma das áreas que poderia ser explorada é a das acções de educação em Saúde com ênfase na auto-protecção e na auto-percepção, consciencializando o indivíduo para a

necessidade de cuidado com a sua Saúde Oral. Estudos sobre o modo como o indivíduo percebe a condição da sua boca mostram que a percepção está relacionada com alguns factores clínicos, factores qualitativos como sintomas das doenças e a capacidade de sorrir, falar ou mastigar, além de ser influenciada por factores como classe social, idade, rendimento e sexo^{54, 140, 141}.

6. CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

O envelhecimento pode ser definido de várias formas. Pode ser visto como um processo biológico para alguns, enquanto que para outros trata-se de um processo patológico ou ainda de um processo sócio-económico ou psicossocial¹⁴². Existe uma grande variação em termos de consequências cronológicas ou psicológicas do envelhecimento entre os indivíduos dependendo do nível económico, estado de Saúde, nível cultural e expectativas, o que dificulta uma definição única¹⁸.

De qualquer forma, o envelhecimento é um processo contínuo que não se inicia em nenhuma idade ou momento particular, e, por isso, estabelecer uma idade para considerar alguém como idoso é um limite arbitrário, mas essencial aquando da realização de trabalhos científicos onde a definição dos termos é essencial¹³⁰.

Numa revisão bibliográfica, não existe consenso sobre a idade em que teoricamente uma pessoa passa a ser considerada idosa, pois existem estudos onde é considerada a idade de 50 anos¹⁴³⁻¹⁴⁵, 60 anos^{56, 65, 146-150} ou 65 anos^{37, 140, 151-155}.

Outros estudos utilizaram o grupo etário dos 65 a 74 anos^{156, 157}, segundo as recomendações da OMS¹⁵⁸ que considera os dados deste grupo importantes para o planeamento e avaliação dos serviços odontológicos.

O idoso também pode ser caracterizado tendo em conta a capacidade funcional ou autonomia¹²⁹. Este conceito é útil no contexto do envelhecimento, pois envelhecer mantendo todas as suas funções não representa qualquer problema tanto para o indivíduo como para a comunidade sendo que os problemas surgem quando as funções começam a deteriorar-se. O conceito

está intimamente ligado à manutenção da autonomia, ou seja, ao grau de independência com que a pessoa desempenha as funções do dia-a-dia, dentro do seu contexto sócio-económico e cultural. Na prática, estas funções podem ser medidas através do desempenho de actividades diárias, tais como a capacidade que a pessoa tem de cuidar de si mesma (higiene pessoal, preparação de refeições, capacidade de efectuar as suas próprias compras, manutenção básica da casa e outras). Os resultados são mais evidenciadores do que os obtidos apenas com a utilização do conceito de envelhecimento cronológico mas a operacionalização deste conceito é difícil¹²⁹.

Os estudos de Saúde Oral publicados sobre a população portuguesa mais idosa incluíram sobretudo indivíduos institucionalizados, com mais de 55 anos idade¹⁵⁹⁻¹⁶¹ sendo que outros tiveram como idade de referência os 65 anos¹⁶²⁻¹⁶⁴

6.1. O envelhecimento e a Saúde Oral

Globalmente, a má Saúde Oral dos idosos tem sido demonstrada pelo elevado nível de perda dentária, doença periodontal, cáries, abrasão, xerostomia, cancro oral e lesões da mucosa oral¹³⁸.

Dados epidemiológicos apontam para uma deterioração progressiva das condições dos tecidos orais com o avançar da idade. No entanto, as alterações clínicas a nível das mucosas nem sempre são claramente detectadas. Assim, alguns estudos sugerem que a idade, por si só, não determina alterações no estado das mucosas, existindo uma notável resistência da cavidade oral ao processo de envelhecimento¹⁶⁵.

Durante muito tempo, a mortalidade dentária, quer por cárie ou por doença periodontal, foi considerada como algo inevitável, fazendo parte do processo normal do envelhecimento. Hoje sabe-se que a fisiologia oral se mantém relativamente estável em indivíduos saudáveis, verificando-se, no entanto, a deterioração das funções na presença de doenças e de certas medicações¹⁶⁶.

Estes pacientes são, muitas vezes, portadores de patologias crónicas (doença de Parkinson, demência, depressão, hipertensão, diabetes), associadas a terapêuticas complexas com efeitos xerostomizantes, podendo levar a alterações do paladar, problemas de deglutição, aumento da incidência de cárie, problemas periodontais e dificuldade de adaptação a próteses removíveis.

Em Portugal, os estudos direccionados especificamente aos problemas orais dos idosos são ainda escassos, tendo embora vindo a despertar interesse na última década^{159,160,167,168,162,169}.

6.2 Principais problemas na cavidade oral dos Idosos

Perda dos dentes

A perda parcial ou total dos dentes é um dos principais problemas neste grupo etário, pelo grande número de pessoas atingidas e pelas consequências que acarretam não só na Saúde Oral mas também na sua saúde geral.

A perda dos dentes pode ser explicada de duas maneiras diferentes¹⁷⁰:

1) em termos de doenças orais, a carie dentária é a principal razão para a exodontia, seguida pelas doenças periodontais;

2) a perda dentária também pode ser explicada pelos valores culturais e comportamentais dos pacientes e profissionais.

Com algumas excepções, geralmente a cárie está associada mas não é o factor determinante para a extracção. As exodontias devido a cáries severas são predominantes em pacientes com baixa escolaridade e rendimento, o que evidencia uma relação entre a perda dentária e a classe social, principalmente entre os grupos que não conseguem ter acesso a serviços de Medicina Dentária. Não é uma consequência do envelhecimento fisiológico, mas sim o resultado final da patologia oral e de traumatismos, podendo também ser o reflexo de atitudes dos pacientes, da disponibilidade e acessibilidade de tratamentos dentários e, num passado não muito longínquo, da atitude de muitos profissionais perante algumas situações de patologia dentária¹⁷¹.

Verifica-se actualmente uma modificação de valores e atitudes na Medicina Dentária, influenciadas por avanços técnico-científicos e por uma atitude médica de prevenção e restauração funcional e estética¹⁷².

Tem-se vindo a verificar uma melhoria significativa na quantidade de dentes presentes em idosos e na diminuição de pessoas desdentadas principalmente nos países europeus e da América do Norte, apesar de representar ainda uma grande percentagem entre os portugueses¹⁷³⁻¹⁸²

Uma característica comum a vários estudos é a prevalência de desdentados totais ser maior entre as mulheres que nos homens, como também maior em indivíduos institucionalizados, quando comparados com idosos independentes^{142, 154, 183}.

Sobre a situação Portuguesa, Braz em 2003¹⁶⁹ estudando a Saúde Oral de uma população institucionalizada com mais de 65 anos, encontrou elevados índices de cárie dentária sendo que o componente dos dentes perdidos representa 86,7% no Índice CPO. Valores semelhantes foram também relatados por Magalhães em 2000¹⁶⁴. A elevada perda dentária reflete-se na percentagem de indivíduos desdentados totais referidos por vários autores nomeadamente Silva (1995)¹⁵⁹ encontrou valores de 30,1%, Gavinha (2000)¹⁶³ 38,4% e Sousa (2003)¹⁶² 40,2%.

Associado à perda dentária está a necessidade de reabilitação protética. Fernandes¹⁶⁰ em 1992, realizou um estudo para avaliar a prevalência da perda dentária, a quantidade e a qualidade das próteses dentárias usadas e as necessidades de reabilitação protética. Utilizou uma amostra de 634 indivíduos, institucionalizados no distrito do Porto. Verificou que a necessidade de reabilitação protética era, em geral, muito elevada: 17,3% dos desdentados totais e 30% dos desdentados unimaxilares não usava qualquer prótese e que 12,6% dos desdentados totais apenas usava a prótese superior. O autor relata que os problemas relacionados com a não reabilitação protética eram numerosos e constituíam o principal problema a considerar sob o ponto de vista da Saúde Oral.

Mais recentemente, em 2000, Magalhães¹⁶⁴, usando uma amostra de indivíduos com as mesmas características populacionais, identifica a necessidades protéticas (conserto, rebasamento ou substituição) em 82,9% dos indivíduos participantes, sendo que 36,1% necessitavam de prótese total.

Cárie dentária

A doença cárie dentária não desaparece com o aumento da idade, porém muda o padrão de aparecimento, sendo principalmente cáries secundárias, com localização coronária e cáries radiculares.

Os factores que estão reconhecidos como potenciadores do risco de cárie nesta idade são a retracção gengival e consequente exposição da superfície radicular ao meio bucal, as dietas inadequadas, a redução do fluxo salivar, a deficiente higiene oral que pode estar comprometida por limitações motoras e pelo uso de prótese fixas e removíveis, a diminuição da acuidade visual e várias condições sistémicas¹⁸⁴.

Em estudos epidemiológicos sobre cáries radiculares, a idade aparece como o mais fiável dos indicadores de risco, ou seja, verifica-se um aumento de risco com a idade¹⁸⁵⁻¹⁸⁸.

A cárie dentária nos idosos é um problema de Saúde Pública grave, devido à evolução demográfica e ao aumento crescente de pacientes idosos que conservam os seus dentes naturais. Nas últimas décadas tem-se assistido a uma diminuição da incidência da cárie dentária, em crianças e adolescentes, na maioria dos países industrializados. Mas, embora com variações internacionais e regionais, a diminuição das cáries coronárias, devido à maior atenção que tem sido dada aos programas preventivos, favorece uma retenção mais prolongada dos dentes, o que, associado a diversos factores de risco, leva a um aumento das cáries radiculares, que abandonadas à sua evolução natural acabam por levar à perda das peças dentárias.

Em 1995, Silva¹⁵⁹ estudou a prevalência e gravidade das cáries radiculares em indivíduos institucionalizados no Porto. Relatou que a cárie radicular foi uma doença prevalente (63,9%) mas de baixa gravidade. Verificou

que esta prevalência aumentava com a idade em ambos os sexos. A gravidade da doença foi superior nos indivíduos que tomavam medicamentos com efeito xerostomizante relativamente aos que não os tomavam. Ferreira¹⁶¹ em 2002 efectuou um trabalho seguindo a mesma metodologia e comparou os resultados obtidos. Verificou que o Índice de cárie radiculares (ICR) aumentou e a gravidade também. A percentagem de dentes perdidos aumentou e o uso de fármacos com acção xerostomizante diminuiu.

Em 2003, Sousa¹⁶² no seu estudo sobre cáries radiculares em indivíduos institucionalizados com mais de 65 anos, em Portugal, registou uma prevalência de cárie radicular de 59,4%. Estavam presentes apenas 23,7% dos dentes com prevalência de cárie coronária de 4,5%.

Outros estudos avaliando a cárie coronária, na mesma tipologia populacional, encontraram elevados índices de cárie dentária, tendo sido relatado um Índice CPO de 26,01 (C=2,86; P=22,67; O=0,48) por Magalhães¹⁶⁴ em 2000 e um índice CPO de 22,9 (C= 2,8; P=19,8; O=0,3) por Braz¹⁶⁹ em 2003.

Doença periodontal

Esta patologia pode manifestar-se nas formas de retracção gengival, gengivite e periodontite, que afecta praticamente toda a população idosa, estando um número reduzido de indivíduos sujeito às formas mais graves da doença¹⁸⁹.

A doença, na sua forma mais severa, pode ser acompanhada por dor, hemorragia, mobilidade dentária e resultar na perda de dentes. Também pode afectar as funções sociais do indivíduo devido à halitose e compromisso estético.

Dados epidemiológicos apontam a gengivite como sendo a doença oral de maior prevalência sendo diagnosticada em praticamente 100% dos indivíduos dentados¹⁹⁰.

Segundo vários estudos, a doença periodontal é a primeira responsável pela elevada taxa de mortalidade dentária nos adultos idosos, seguida da doença cárie dentária¹⁹¹⁻¹⁹³.

O agravamento destas situações associa-se a uma deficiente higiene oral, ausência de cuidados médico-dentários, falta de controlo de algumas patologias sistémicas e, ainda, à presença de outros factores de risco, como tabaco, *stress* e certos fármacos de utilização crónica, que aceleram a perda dentária.

A maioria dos estudos mostra uma percentagem elevada de pessoas que necessitam de algum tipo de tratamento periodontal¹³⁸.

No estudo de Magalhães¹⁶⁴ em 2000, realizado em 94 indivíduos institucionalizados com mais de 65 anos do concelho de Vila Nova de Gaia, o autor verificou que todos os participantes necessitavam de tratamento periodontal mas só 5,9% dos indivíduos dentados necessitavam de tratamento periodontal complexo. A maioria dos sextantes (68,8%) estava excluída, 23,3% tinham tártaro, 7,1% apresentavam bolsas de 3,5-5,5mm e 0,8% bolsas ≥ 6 mm.

Outros estudos realizados na mesma tipologia populacional relatam igualmente a alta prevalência de doença periodontal nomeadamente Gavinha¹⁶³ em 2000 refere que apenas 0,7% dos sextantes dos 245 indivíduos observados se apresentavam sãos, 1,3% apresentavam bolsas profundas e 11,5% bolsas superficiais. Braz¹⁶⁹ em 2003 relata que a perda de inserção periodontal de 4-5mm foi encontrada em 53,3% dos 207 indivíduos participantes no seu estudo.

Doenças da mucosa oral

A mucosa oral é um local comum para lesões ulcerativas, descamativas, liquenóides e vesiculares, podendo criar situações bastante debilitantes. Estas lesões podem estar associadas a deficiente adaptação e higienização de próteses dentárias, pela supressão da flora oral habitual, como resultado de

antibióticos, redução do fluxo salivar, uso de corticóides e condições de comprometimento imunológico como diabetes e leucemia¹⁹⁴.

Entre as lesões da mucosa oral, a candidíase apresenta alta prevalência em pessoas idosas, principalmente nas que usam próteses e estão institucionalizadas. Burdtz-jorgensen diagnosticou esta condição em mais de 65% das pessoas idosas não institucionalizadas e em 88% dos idosos institucionalizadas que usavam próteses^{195, 196}.

Em 2000, Silva¹⁶⁸ realizou um estudo envolvendo 140 portadores de prótese dentária maxilar removível para avaliar a prevalência de lesões orais e peri-orais. A maioria das lesões (92,4%) foi associada ao uso de prótese e apresentaram-se assintomáticas. Verificou que 62,9% dos indivíduos apresentava pelo menos uma lesão. O estudo incidiu na avaliação de estomatite protética, presente em 45,3% dos indivíduos, mas realçou a prevalência de outras lesões, nomeadamente, queilite angular (12,1%), úlcera traumática (7,9%), hiperplasia fibroepitelial (5,7%), lesões pigmentadas na mucosa (2,8%), fibroma (2,1%), glossite rombóide mediana (1,4%) e líquen plano oral (1,4%).

O cancro oral é outra condição frequente em idosos, pois 3 em cada 4 casos ocorrem em pessoas com 50 anos e mais de idade¹⁹⁴.

Os factores de risco associados ao cancro oral são o consumo de álcool, hábitos tabágicos e a exposição à luz solar, no caso do cancro labial. A sobrevida das pessoas com cancro depende do estadio da doença aquando do seu diagnóstico. Estudos indicam que cerca de 50% de cancros orais são diagnosticados após ocorrência de metástases¹⁹⁷.

7. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Os estudos realizados em Portugal com o intuito de caracterizar a Saúde Oral da população adulta são escassos e reflectem apenas os aspectos objectivos da medição da Saúde Oral como a cárie dentária, a doença periodontal^{198, 199}, e a perda dentária²⁰⁰⁻²⁰⁵. Tendo em conta apenas a população idosa, os poucos estudos existentes incidem na medição da cárie

radicular^{159, 161, 162}, na perda dentária e uso e necessidade de reabilitação protética^{160, 163, 164, 169}, na caracterização dos factores etiológicos da estomatite protética associada ao uso de prótese maxilar¹⁶⁸ e no grau de satisfação de pacientes portadores de próteses removíveis¹⁶⁷. Da recolha bibliográfica que efectuamos encontramos apenas um estudo elaborado na população portuguesa para medir aspectos subjectivos da Saúde Oral, mais especificamente fazendo a avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral de indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis²⁰⁶.

8. OBJECTIVOS

A Saúde Oral está a deixar de ser medida somente pela presença ou ausência de doença, medidas apenas por instrumentos quantitativos, para incorporar o ponto de vista do indivíduo, utilizando, também, instrumentos qualitativos. Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para medir necessidades percebidas, o questionário *Oral Health Impact Profile - OHIP* é um dos mais amplamente utilizados em vários estudos, em diferentes culturas e perfis sociodemográficos²⁰⁷.

Este estudo pretende verificar a influência das condições de Saúde Oral na Qualidade de Vida de indivíduos com mais de 60 anos residentes no Norte de Portugal utilizando o questionário OHIP-14.

Pretende-se avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das alterações da Saúde Oral nos indivíduos e analisar a importância de variáveis sócio-demográficas, subjectivas e clínicas na auto-percepção das condições orais, na população investigada.

Objectivo geral

O presente estudo tem por objectivo geral avaliar a relação entre as condições de Saúde Oral e a Qualidade de Vida de indivíduos com 60 anos e mais de idade funcionalmente activos, utentes de centros de dia e lares dos concelhos de Vila Real e Porto, no ano de 2007.

Objectivos específicos

Determinar a prevalência das principais doenças orais presentes na população estudada.

Analisar a importância de variáveis sócio-demográficas, subjectivas e clínicas na auto-percepção das condições orais.

II. MATERIAL E MÉTODOS

II. MATERIAL E MÉTODOS

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTUDO

A investigação epidemiológica levada a cabo foi um estudo transversal.

O estudo incidiu sobre um grupo de pessoas com 60 e mais anos de idade residentes nos distritos de Vila Real e Porto.

2. AMOSTRAGEM

Compuseram a população do estudo, 359 utentes de Centros-de-dia e residentes em lares de idosos (Quadro II.1).

Quadro II.1: Estabelecimentos envolvidos no estudo

Local do Exame	<i>n</i>	%
<u>Distrito do Porto</u>		
Centro de Dia do Centro Social Paroquial St António das Antas (Porto)	39	(11)
Centro de Dia do Centro Social Paroquial do Carvalhido (Porto)	36	(10)
Lar da Beneficência do Amial (Porto)	17	(5)
Lar da Santa Casa da Misericórdia da Maia	40	(11)
Lar da Santa Casa da Misericórdia de Lousada	22	(6)
Lar do Centro Social Paroquial de Stº Estevão de Oldrões (Penafiel)	26	(7)
Lar da Santa Casa da Misericórdia de Penafiel	13	(4)
Lar do Luminoso (Porto)	14	(4)
Lar “Mãe de Jesus” (Matosinhos)	19	(5)
<u>Distrito de Vila Real</u>		
Centro de Dia do Centro Social Paroquial de St. António (Vila Real)	56	(16)
Lar do Centro Social Paroquial de Mateus (Vila Real)	25	(7)
Lar do Centro Social Paroquial de S. Miguel de Lobrigos (Régua)	33	(9)
Lar da Associação Miguel Torga (Sabrosa)	19	(5)
Total	359	(100)

2.1. Selecção da amostra

A amostra incluiu indivíduos com 60 anos e mais de idade, funcionalmente activos e que não apresentassem história médica acusando problemas sistémicos ou doenças psicossomáticas que impedissem a resposta consciente ou que estivessem visivelmente debilitados.

Foram excluídas do estudo as pessoas que se recusaram a participar ou que manifestavam dificuldade de compreensão às questões efectuadas.

O objectivo do estudo e os procedimentos a efectuar foram descritos aos intervenientes tendo sido obtido o consentimento informado antes da recolha dos dados (anexo 1).

3. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados obteve-se através de um inquérito por questionário e de um exame clínico das estruturas orais.

3.1. Questionário

Todos os participantes foram identificados numericamente para proteger a privacidade. No questionário (anexo 2), foram recolhidos dados relativos às seguintes áreas:

3.1.1. Variáveis relacionadas com condições demográficas

- Sexo;
- Idade;
- Nível sócio-económico: determinado de acordo com a escala de Graffar²⁰⁸, tomando como variáveis o nível de escolaridade, actividade profissional e condições da habitação;

Foi tida em conta a residência própria do participante e a situação profissional enquanto trabalhador activo.

3.1.2. Variáveis relacionadas com os cuidados de Saúde Oral:

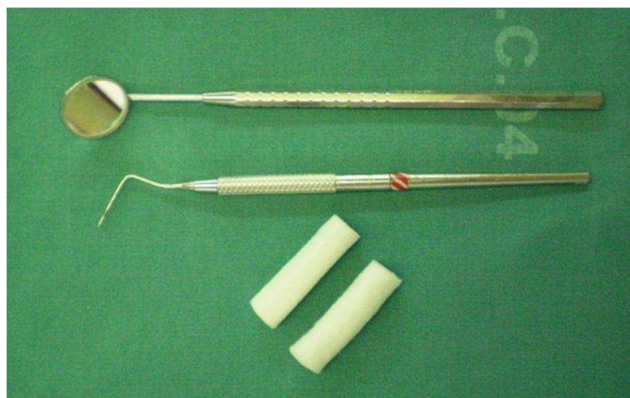
- Data da última visita ao dentista (menos de 1 ano, entre 1 e 3 anos, mais de 3 anos ou nunca);
- Motivo usual para visita ao dentista (rotina, dor ou prótese);

3.1.3. Variáveis relacionadas com a auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral:

- Sensação de boca seca;
- Auto-avaliação da Saúde Oral (Má, Razoável, Boa e Excelente)⁵⁰;
- Auto-percepção de problemas com os dentes;
- Auto-percepção de problemas com as gengivas;
- Auto-avaliação da necessidade de tratamento médico-dentário;

3.2. Exame clínico

O exame clínico dos participantes neste estudo, foi realizado, numa sala disponibilizada em cada um dos estabelecimentos integrados no projecto, sendo o exame efectuado com o utente sentado numa cadeira junto de uma janela, com boa luz natural e auxiliado com luz artificial. Como meios auxiliares de observação dispusemos de espelhos dentários planos n.º 4, sondas CPI (apresenta uma bola de 0,5 mm na extremidade, uma banda negra entre os 3,5 e 5,5 mm e anéis aos 8,5 mm e 11,5 mm a contar da extremidade), e rolos de algodão n.º 2.



Foi efectuada a recolha de dados referentes à situação periodontal, cárie dentária (anexo 3), uso e necessidade de prótese dentária, seguindo os critérios recomendados pela OMS para levantamentos epidemiológicos de Saúde Oral²⁰⁹.

3.2.1. Situação periodontal

Para registo da situação clínica periodontal foi usado o Índice CPI ²⁰⁹. O índice é estabelecido considerando a dentição dividida em sextantes, limitados pelos dentes 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. Em cada sextante é registada a situação clínica periodontal dos “dentes índice” (Quadro II.2) ou na sua ausência, é considerada a situação mais grave presente nos restantes dentes desse sextante. Neste caso, a superfície distal do terceiro molar não é examinada.

Quadro II.2: Índice CPI- dentes índice		
17/16	11	27/26
46/47	31	37/36

O exame efectua-se usando a sonda CPI introduzida ao longo do sulco gengival, com uma força não superior a 20 gramas. O registo baseia-se na presença de sangramento gengival, presença de tártaro e bolsas periodontais (posição da banda colorida da sonda em relação à margem gengival), atribuindo códigos a cada sextante (Quadro II.3):

Quadro II.3: Índice CPI- códigos de registo	
Código	Estado periodontal
0	Gengiva sã: ausência de sinais clínicos de alterações
1	Sangramento: observa-se sangramento após sondagem, directamente ou através de espelho.
2	Tártaro ou cálculo: detecta-se tártaro durante a sondagem, mas toda a banda negra da sonda fica visível
3	Bolsa 4-5 mm: a margem gengival fica a nível da banda negra da sonda
4	Bolsa de 6 mm ou mais: a banda negra da sonda fica totalmente dentro do sulco gengival
X	Excluído: quando não apresenta pelo menos dois dentes remanescentes.
9	Sextante não registado: quando não é possível a sua observação.

Para que um sextante seja considerado válido, deve ter pelo menos dois dentes remanescentes não indicados para extracção. Quando só resta um dente num sextante, este dente é incluído no sextante adjacente, sendo que o primeiro sextante é excluído (cód. X)²⁰⁹.

3.2.2. Cárie dentária

A cárie dentária foi medida com o índice CPO²⁰⁹. Cada dente foi observado e registado tendo em conta a situação clínica presente na coroa e na raiz (Quadro II.4):

Quadro II.4: Registo de cárie dentária

Código		Condição
Coroa	Raiz	
0 (A)	0	São
1 (B)	1	Cariado
2 (C)	2	Obturado, com cárie
3 (D)	3	Obturado, sem cárie
4 (E)	-	Perdido, por cárie
5 (-)	-	Perdido, por outro motivo
6 (F)	-	Selante de fissura
7 (G)	7	Prótese fixa / coroa especial ou implante
8 (-)	8	Dente não erupcionado/raiz não exposta
T (T)	-	Trauma (fractura)
9 (-)	9	Não registado

3.2.3. Uso de prótese dentária

Foi registada a ausência ou presença de prótese dentária, removível ou fixa²⁰⁹. (Quadro II.5)

Quadro II.5: Situação de reabilitação protética

Código	Situação
0	Sem prótese
1	Ponte
2	Várias pontes
3	Prótese parcial removível
4	Ponte e prótese parcial removível
5	Prótese total removível

3.2.4 Necessidade de prótese dentária

Foi registada a necessidade de reabilitação com prótese dentária²⁰⁹ (Quadro II.6).

Quadro II.6: Necessidade protética

Código	Situação
0	Sem necessidade
1	Necessidade de uma prótese unitária
2	Necessidade de prótese com mais de um dente
3	Necessidade de combinação de prótese uni e/ou multidentes
4	Necessidade de prótese total

3.3. Questionário “*Oral Health Impact Profile-14*”- OHIP-14

Para avaliação do impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida utilizamos o questionário OHIP-14 (Quadro II.7), de acordo com Slade⁸⁷, composto por 14 itens agrupados em 7 subdivisões:

1. Limitação funcional
2. Dor física
3. Desconforto psicológico
4. Disfunção física
5. Disfunção psicológica
6. Disfunção social
7. Incapacidade

Quadro II.7: Questionário OHIP-14

Dimensão	Questão	Peso
Limitação funcional	1 Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.51
	2 Tem notado que o sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.49
Dor física	3 Tem tido muitas dores na boca?	0.34
	4 Tem sentido desconforto aos comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.66
Desconforto psicológico	5 Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.45
	6 Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.55
Disfunção física	7 A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.52
	8 Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.48
Disfunção psicológica	9 Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.60
	10 Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.40
Disfunção social	11 Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.62
	12 Tem tido dificuldade em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.38
Incapacidade	13 Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.59
	14 Tem sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0.41

A avaliação dos seus 14 itens organizados em sete dimensões indica o modo pelo qual as condições orais comprometem o bem-estar funcional social e psicológico.

Para cada questão, foi pedido aos participantes para indicarem com que frequência sentiram cada problema relatando-se ao último ano.

O questionário foi respondido numa escala de tipo Likert com cinco opções de escolha:

- 0 - Nunca
- 1 - Quase nunca
- 2 - Às vezes
- 3 - Muitas vezes
- 4 - Sempre

O valor do OHIP é apresentado de três maneiras:

- Para cada dimensão reduz-se a escala de resposta, dicotomizando as respostas com impacto para as respostas “muitas vezes” e “sempre” e sem impacto para as respostas “às vezes”, “quase nunca” e “nunca”. A consolidação dos dados é então feita em escala discreta contabilizando as questões respondidas com “sempre” e “muitas vezes”, fornecendo o número de impactos funcionais e psicológicos com uma variação de 0-14 (*OHIP-14 SC- simple count method*)²¹⁰.
- Efectua-se a soma da codificação das respostas (0 para “nunca”, 1 para “quase nunca”, 2 para “às vezes”, 3 para “muitas vezes” e 4 para “sempre”) para as 14 questões resultando numa soma dos 14 itens para cada indivíduo. Os valores podem variar de 0 (todas as respostas respondidas com “nunca”) e 56 (todas as respostas respondidas com “sempre”) (*Additive method simple* ou *Sum OHIP*). Este método integra todas as respostas dadas tendo em conta a frequência^{83, 210, 211}.
- Durante o processamento dos dados, a codificação das respostas é multiplicada pelo peso correspondente de cada questão (*Weighted-standardized method*) e os produtos somados dentro de cada dimensão para dar sete subescalas de valores, cada uma com um potencial de variação de zero (todas as respostas registadas como “nunca”) a 4 (todos os impactos registados como “sempre”). A soma dos produtos em cada dimensão representa o valor do OHIP de cada indivíduo (*Individual's OHIP Score*). Os valores podem variar de 0 a 28.⁸⁷

4. EQUIPA

A equipa de observação foi constituída por dois examinadores, Mestres em Saúde Oral Comunitária, responsáveis pelo preenchimento dos elementos de identificação, respostas ao questionário e pela realização do exame clínico.

O pessoal auxiliar dos Centros de Dia e Lares de Idosos encaminharam os utentes para a sala de observação.

A esterilização e acondicionamento do material usado nos exames clínicos foi da responsabilidade do pessoal auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

No final de cada sessão de trabalho, foi efectuada uma revisão das fichas correspondentes às observações do dia, pela equipa de observação, tendo em vista corrigir a legibilidade, omissões ou erros de registo.

5. CALIBRAGEM

Inicialmente, efectuou-se um estudo piloto envolvendo dez indivíduos pertencentes ao grupo, que posteriormente foram excluídos da amostra. Teve como objectivo conhecer as condições de trabalho existentes, treinar os critérios de diagnóstico e ajustar a metodologia aos objectivos propostos.

Antes da recolha de dados, uma vez que o exame clínico foi efectuado por dois examinadores, procedeu-se à calibragem dos examinadores e verificação da concordância inter e intra-examinador. Para tal, recolheram-se dados referentes ao Índice CPO e CPI de um grupo de quinze participantes, que foram observadas duas vezes com um intervalo de tempo de, pelo menos, trinta minutos, entre os exames. Comparando os registos destas duas examinações, o grau de confiança nos resultados obtidos, através do teste kappa, foi de 95% para o índice CPO e de 89% para o CPI, os quais se encontram dentro dos valores aceitáveis pela OMS²⁰⁹.

6. PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após ter sido feita a operacionalização das variáveis independentes em categorias (anexo 4) os dados foram introduzidos numa base de SPSS® 15.0.

Na análise descritiva da amostra analisada, foram aplicadas estatísticas de sumário apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%). As variáveis contínuas foram descritas utilizando a média e desvio-padrão ou mediana, percentil 25 e percentil 75 (AIQ- Amplitude Inter-quartil), consoante a distribuição destas seja simétrica ou assimétrica, respectivamente.

Foi usado o teste de independência do Qui-Quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas. Quando a frequência esperada de alguma célula da tabela de contingência relativa à análise de associação de duas categóricas foi inferior a 5, utilizou-se o teste exacto de Fisher.

O teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis foram utilizados para testar hipóteses relativas a variáveis contínuas com distribuição assimétrica.

De forma a estudar as associações entre o CPI e o CPO e as diversas subdivisões do OHIP: Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Disfunção Física, Disfunção Psicológica, Disfunção Social e Incapacidade, bem como para estudar a relação entre elas, foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman sendo apresentados os respectivos diagramas de dispersão e aplicado métodos de regressão linear, respectivamente.

Foi utilizado um nível de significância de 0,05 para todos os testes de hipótese. A análise do valor de p obtido, permitiu comprovar haver diferenças ou verificar associação entre as variáveis, pelos seguintes níveis de significância:

- Valor de $p > 0,05$ – diferenças não significativas, ou seja, é considerada a hipótese de não haver relação entre as variáveis;
- Valor de $p \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

III. RESULTADOS

III. RESULTADOS

O estudo decorreu entre Julho de 2007 e Março de 2008, contando com a participação de 359 pessoas com 60 e mais anos de idade, utentes de Centros de dia e/ou residentes em lares de Idosos no Norte de Portugal.

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A figura III.1 mostra a distribuição demográfica dos participantes no estudo.

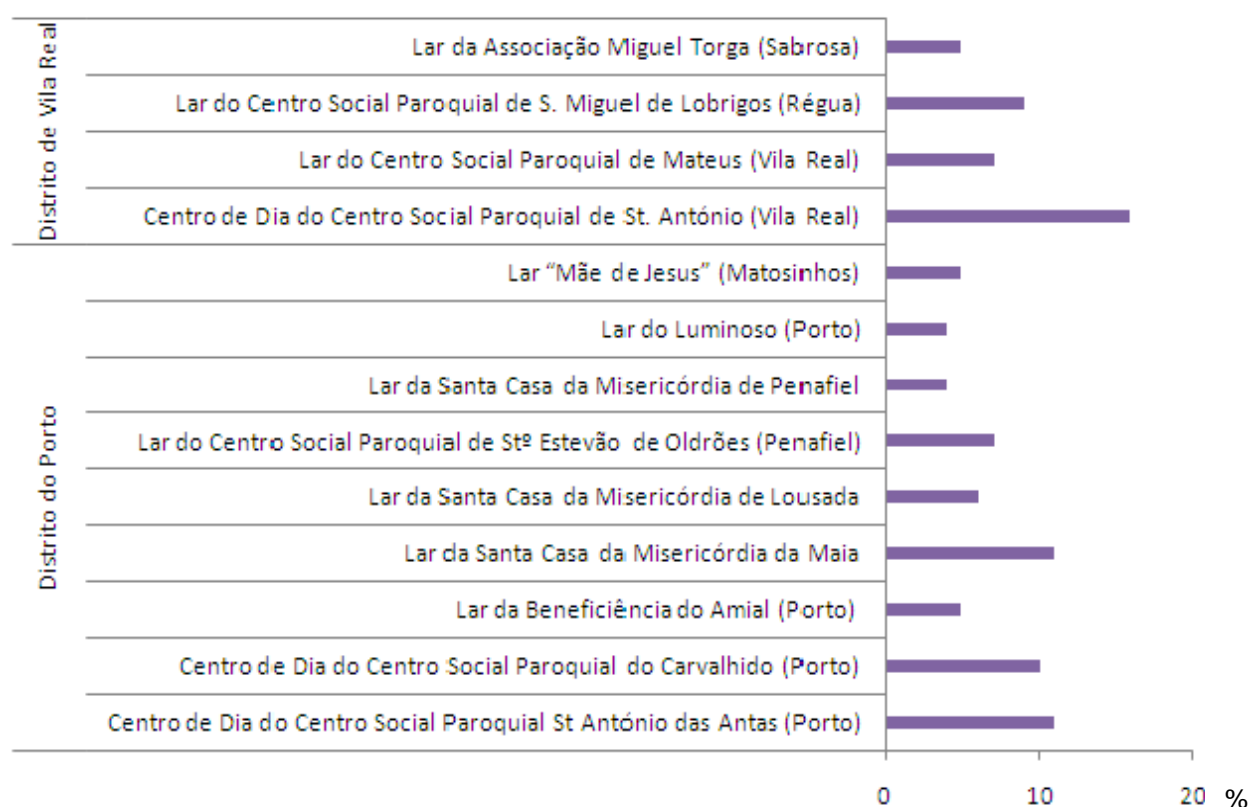


Figura III.1: Distribuição demográfica da amostra (n=359)

Foram excluídas do estudo as pessoas que se recusaram a participar, que manifestaram dificuldade de compreensão às questões efectuadas ou impossibilitadas para a realização do exame clínico (6% da população inicial em estudo, n=23).

A idade de 50% dos participantes foi de 77 anos, com amplitude inter-quartil (AIQ) 68-84 anos, sendo que 67% eram do sexo feminino.

A estratificação da amostra de acordo com a classe sócio-económica está apresentada na Figura III.2.

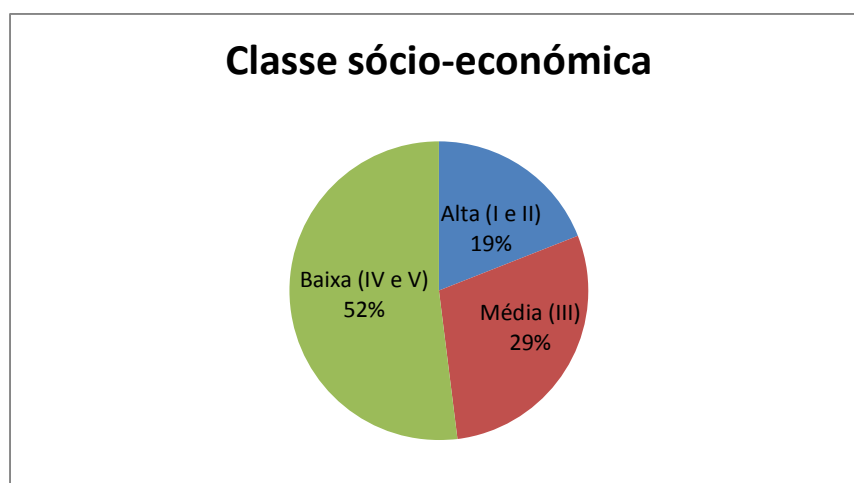


Figura III.2: Distribuição da amostra, segundo a classe sócio-económica (n=359)

A amostra integrou principalmente indivíduos pertencentes a classe sócio-económica média e baixa, 29% e 52% respectivamente.

2. VARIÁVEIS RELACIONADAS COM OS CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

A maioria dos participantes (51%) afirmou nunca ter ido ao dentista ou fizera-o, pela última vez, há mais de 3 anos (Figura III.3). A dor (47%) foi o

principal motivo referido de procura de cuidados médico-dentários (Figura III.4), sendo que 30 indivíduos (8%) afirmaram nunca terem ido ao dentista.

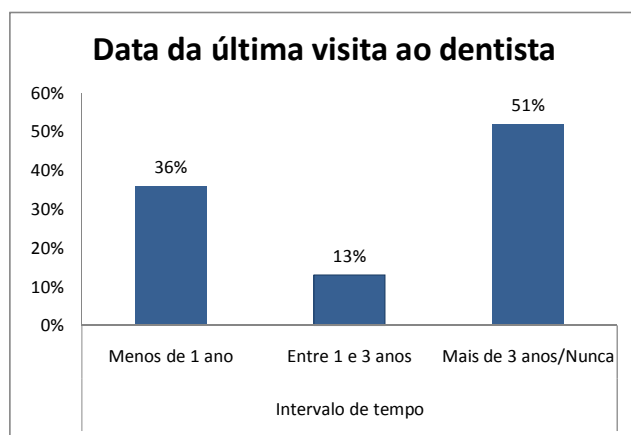


Figura III.3: Distribuição da amostra segundo a data da última visita ao dentista ($n=359$).

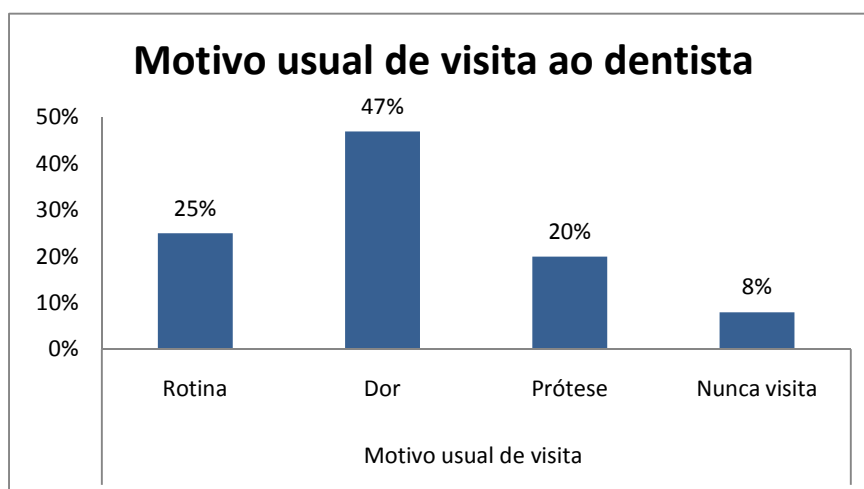


Figura III.4: Distribuição da amostra de acordo com o motivo usual para visita ao dentista ($n=359$).

3. VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A AUTO-PERCEPÇÃO E AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL

Questionados acerca da sensação de boca seca, 45% dos indivíduos referiu esse sintoma como frequente (Figura III.5).



Figura III.5: Presença de sensação de boca seca ($n=359$)

A Figura III.6 indica que 45% dos indivíduos avaliou a sua Saúde Oral como sendo "razoável" e 30 % considerou ter "má" Saúde Oral.

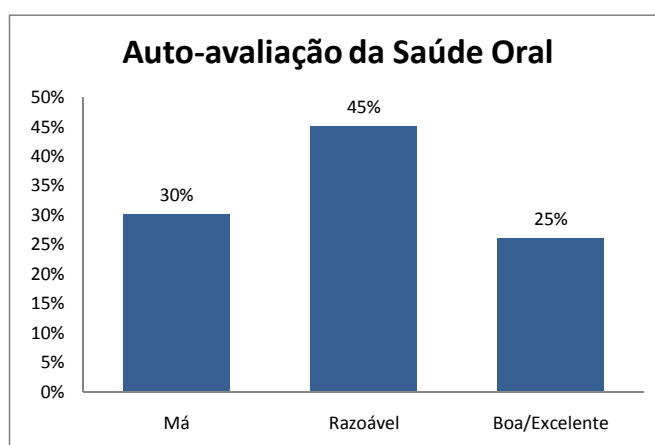


Figura III.6: Distribuição da amostra segundo critério de auto-avaliação da Saúde Oral ($n=359$)

Quanto à auto-percepção de problemas orais, 36% do grupo afirmou possuir problemas com as gengivas e 40% com os dentes (Figura III.7).

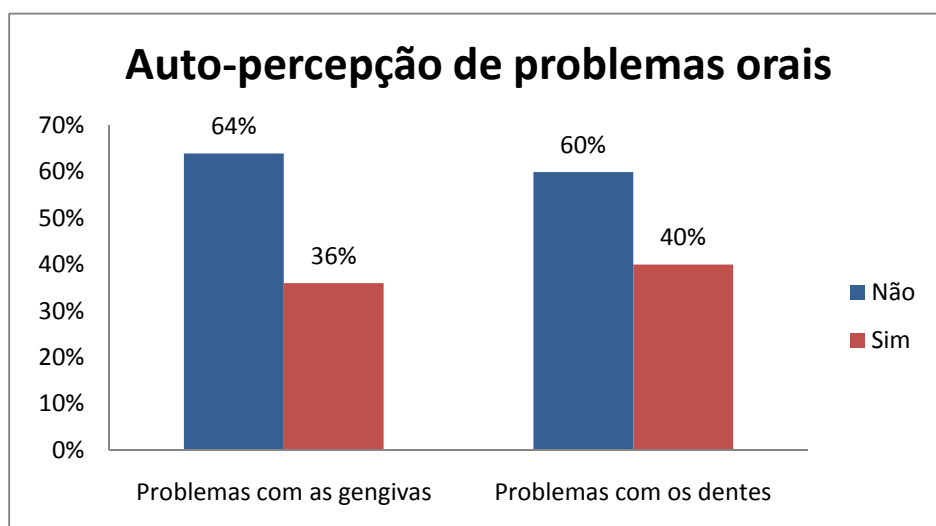


Figura III.7: Distribuição da amostra de acordo com a auto-percepção de problemas orais ($n=359$).

Questionados se necessitavam de ir ao dentista para tratamento, cerca de metade dos indivíduos respondeu afirmativamente (Figura III.8).

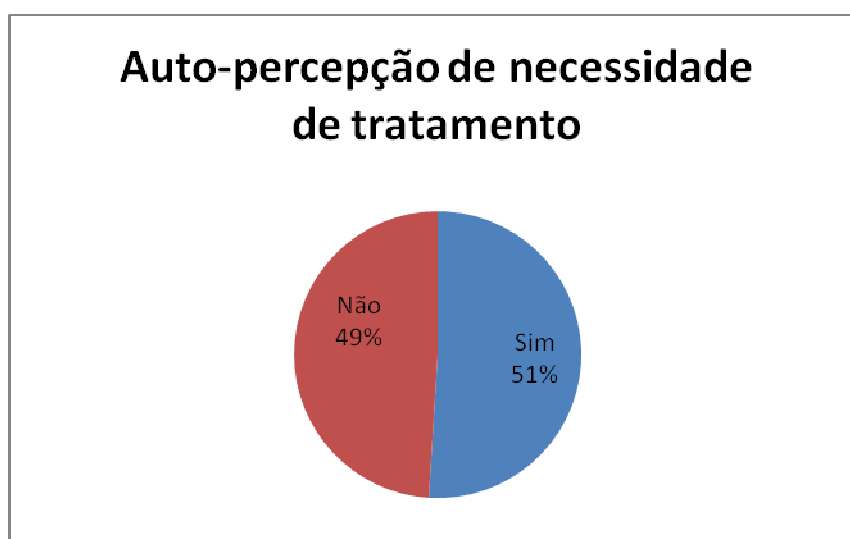


Figura III.8: Distribuição da amostra quanto à necessidade sentida de ir ao dentista para tratamento ($n=359$).

4. DADOS RECOLHIDOS PELO EXAME CLÍNICO

Os dados obtidos através do exame clínico foram dados relativos à situação condição periodontal, cárie dentária, uso e necessidade de próteses dentárias.

4.1 Situação periodontal

Na avaliação da situação periodontal para cálculo do índice CPI, 51% dos sextantes foi excluído por não possuir pelo menos 2 dentes remanescentes, sem indicação para extracção.

O registo periodontal está apresentado no Quadro III.1. Dos sextantes analisados para o cálculo do Índice CPI, 14% não apresenta qualquer sinal de doença periodontal. A condição periodontal mais prevalente foi a presença de tártaro em 14% dos sextantes, seguindo-se a presença de sangramento (11%). A presença de bolsas periodontais superficiais (4-5mm) e profundas (>6mm) foi registada em 8% e 2% dos sextantes, respectivamente.

Quadro III.1: Distribuição da amostra, por índice CPI ($n=359$)

Registo periodontal	Sextantes (dentes índice)						Total	
	1º S (17/16)	2º S (11)	3º S (26/27)	4º S (36/37)	5º S (31)	6º S (46/47)		
	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %
Saudável	45 (13)	82 (23)	42 (12)	45 (13)	33 (9)	48 (13)	295	(14)
Sangramento	38 (11)	52 (14)	42 (12)	39 (11)	30 (8)	36 (10)	237	(11)
Tártaro	31 (9)	33 (9)	32 (9)	49 (14)	112 (31)	48 (13)	305	(14)
Bolsa 4-5 mm	23 (6)	31 (9)	29 (8)	29 (8)	36 (10)	29 (8)	177	(8)
Bolsa >6mm	6 (2)	6 (2)	8 (2)	6 (2)	8 (2)	3 (1)	37	(2)
excluído	216 (59)	155 (43)	206 (57)	191 (52)	140 (40)	195 (55)	1103	(51)

Na Figura seguinte (Figura III.9) apresentamos a distribuição da amostra mediante a situação periodontal mais grave, apresentada pelos indivíduos para registo do Índice CPI.

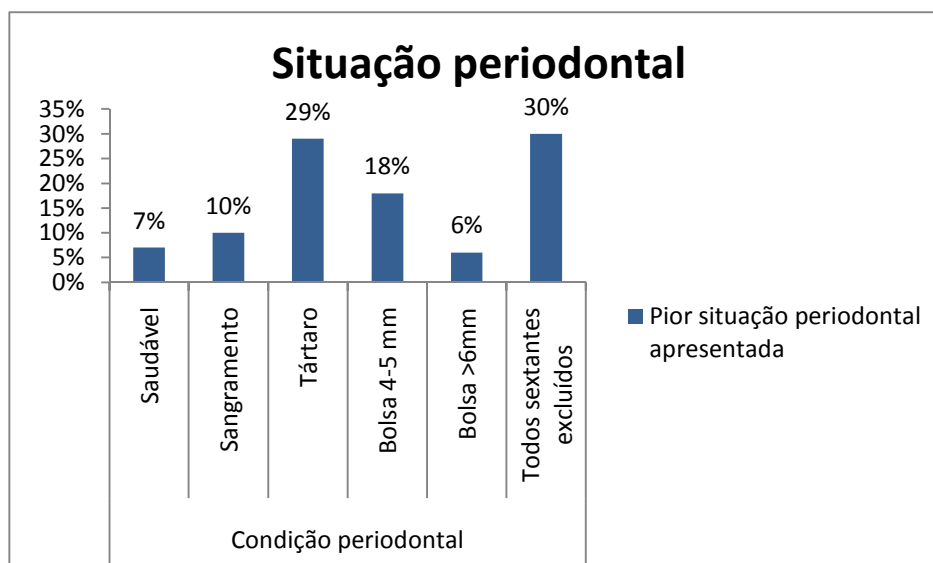


Figura III.9: Distribuição da amostra de acordo com a pior situação periodontal registada no indivíduo ($n=359$)

Identificamos 7% dos indivíduos com ausência de sinais clínicos de doença periodontal, 10% apresentaram, como situação mais grave, a presença de hemorragia à sondagem e 29% apresentavam tártaro.

A presença de bolsa periodontais foi registada como situação clínica mais grave presente em 24% dos indivíduos observados, sendo que 18% possuíam bolsas de 4-5 mm e 6% bolsas de profundidade superior a 6 mm.

Trinta por cento dos indivíduos não apresentaram qualquer sextante válido para registo do índice CPI, por não possuírem pelo menos 2 dentes remanescentes, sem indicação para extracção, em cada sextante.

4.2 Cárie dentária

Dos indivíduos que constituíram a amostra, 88 (25%) eram desdentados totais e 23 indivíduos (6%) apresentaram Índice CPO de zero.

O estado da dentição dos participantes está exposto no Quadro III.2. Considerando os casos válidos ($n=356$), o valor médio do índice CPO da amostra foi de 20,8 estando em média 17 dentes perdidos, 2 dentes cariados e 1,7 dentes obturados por indivíduo.

Quadro III.2: Distribuição da amostra, segundo o índice CPO ($n=356$)

	Valid n	média	(dp)	P25	P75	m	M
Dentes Cariados	356	2,02	(3,14)	0	3	0	20
Dentes Perdidos	356	17,08	(11,30)	7,5	29	0	32
Dentes Obturados	356	1,71	(3,22)	0	2	0	17
CPO	356	20,82	(10,52)	13	32	0	32

Valid n - número válido; dp – desvio padrão; P25- Percentil 25; P75- Percentil 75; m–mínimo; M- máximo.

4.3 Situação protética

A situação protética dos participantes foi avaliada quanto ao uso e necessidade de próteses dentárias.

O Quadro III.3 mostra a caracterização da amostra relativamente à situação de reabilitação protética.

Quadro III.3: Distribuição da amostra de acordo com a situação de reabilitação protética ($n=359$)

		Maxilar superior		Maxilar inferior	
Situação protética		n	%	n	%
Sem prótese		178	(50)	223	(62)
Com prótese	Prótese Fixa	11	(3)	2	(1)
	Prótese Parcial Removível	81	(22)	69	(19)
	Prótese Total Removível	89	(25)	65	(18)
Total		359	(100)	359	(100)

Dos 359 indivíduos, 25% era portador de prótese total removível superior e 18% estava reabilitado com prótese total removível no maxilar inferior. Registamos a presença de próteses parciais removíveis em 22 e 19% dos indivíduos, para o maxilar superior e inferior, respectivamente.

Quanto à necessidade de reabilitação com prótese dentária, os resultados estão apresentados no Quadro III.4.

Quadro III.4: Distribuição da amostra de acordo com a necessidade de reabilitação protética ($n=359$)

Necessidade protética		Maxilar superior		Maxilar inferior	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não		205	(57)	169	(47)
Sim	Prótese Parcial	111	(31)	141	(39)
	Prótese Total	43	(12)	49	(14)
Total		359	(100)	359	(100)

No maxilar inferior, 39% dos indivíduos necessitavam de reabilitação com prótese parcial e 14% com prótese total.

No maxilar superior, registamos a necessidade de prótese parcial em 31% dos indivíduos e 12% necessitavam de prótese total.

No quadro seguinte (Quadro III.5) apresentamos os resultados da análise do uso e necessidade de prótese dentária tendo em conta o número de dentes presentes no indivíduo (excluimos os dentes 18, 28, 38 e 48) nos casos válidos ($n=358$).

Quadro III.5: Uso de prótese dentária de acordo com o número de dentes presentes ($n=358$)

Nº de dentes presentes	Total		Uso de Prótese (Inf e/ou Sup)					
			Não		Prótese Parcial Removível		Prótese Total Removível	
	Valid <i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 dentes	88	(25)	24	(27)	0	(0)	64	(73)
1-20 dentes	190	(53)	86	(45)	72	(38)	32	(17)
21-27 dentes	75	(21)	56	(75)	19	(25)	0	(0)
28 dentes	5	(1)	5	(100)	0	(0)	0	(0)
Total	358	(100)	171	(48)	91	(25)	96	(27)

Valid *n*- número válido

A maioria da amostra 53% tinham entre 1 e 20 dentes, 25% era desdentado total e apenas 1% ($n=5$) tinha a dentição completa.

Verificamos que 27% dos indivíduos desdentados totais não usava prótese.

No grupo dos indivíduos que tinha entre 1 e 20 dentes presentes na boca, 38% usava prótese parcial e 17% prótese total removível. Contudo, 45% deles não usava qualquer prótese dentária.

No grupo de indivíduos com 21 a 27 dentes, 75% não usava prótese dentária alguma.

No Quadro III.6 estão apresentados os resultados da análise dos casos válidos ($n=358$) referente à necessidade de pelo menos uma prótese (total ou parcial), tendo em conta o mesmo critério de nº de dentes presentes.

Quadro III.6: Necessidade de prótese dentária de acordo com o número de dentes presentes ($n=358$).

Nº de dentes presentes	Total		Necessidade de prótese (Inf e/ou Sup)					
			Não		Prótese Parcial		Prótese Total	
	Valid n	%	n	%	n	%	n	%
0 dentes	88	(25)	54	(61)	0	(0)	34	(39)
1-20 dentes	190	(53)	67	(35)	96	(51)	27	(14)
21-27 dentes	75	(21)	20	(27)	55	(73)	0	(0)
28 dentes	5	(1)	5	(100)	0	(0)	0	(0)
Total	358	(100)	146	(41)	151	(42)	61	(17)

Valid n - número válido

Nos indivíduos desdentados totais, 39% necessitava de pelo menos uma prótese total.

Nos indivíduos com 1-20 dentes presentes na cavidade oral, 51% necessitava de pelo menos uma prótese parcial e 14 % necessitava de uma prótese total (sup e/ou inf).

No grupo que tinha entre 21 e 27 dentes na boca, 73% necessitava de pelo menos uma prótese parcial.

No Quadro III.7 apresentamos os resultados da análise dos dados tendo em conta a necessidade protética, para a reabilitação total da cavidade oral dos indivíduos.

Quadro III.7: Necessidade protética para reabilitação total da cavidade oral ($n=359$)

Necessidade de Prótese (Inf e/ou Sup)	Uso de Prótese (Inf e/ou Sup)			Total	
	Não usa prótese	Prótese Parcial Removível	Prótese Total Removível	<i>n</i>	%
Não necessita prótese	11	57	78	146	(41)
Prótese Parcial	110	33	9	152	(42)
Prótese Total	50	1	10	61	(17)
Total	171	91	97	359	(100)

Verificamos que 41% dos indivíduos não necessitava de qualquer reabilitação protética por possuir dentição natural ou estar totalmente reabilitados com próteses removíveis (parcial ou total). Por outro lado, 42% necessitava de pelo menos uma prótese parcial e 17% de uma prótese total, para estarem reabilitados da perda de dentes.

5. ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL E INDICADORES CLÍNICOS

Pretendeu-se verificar de que modo os indicadores clínicos (doença periodontal, cárie dentária, uso e necessidade de prótese) poderiam influenciar a auto-avaliação da Saúde Oral.

5.1 Situação periodontal

No Quadro III.8 está apresentado o resultado do cruzamento da auto-avaliação da Saúde Oral com os indicadores clínicos da situação periodontal.

Quadro III.8: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e situação periodontal ($n=359$).

Situação periodontal mais grave		Auto-avaliação da Saúde Oral							
		Total		Má		Razoável		Boa/Excelente	
		(n=359)		(n=106)		(n=161)		(n=92)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	p*
Saudável	24	(7)	4	(4)	8	(5)	12	(13)	0,001
Sangramento	38	(11)	12	(11)	15	(9)	11	(12)	
Tártaro	103	(29)	24	(23)	49	(30)	30	(33)	
Bolsas Leves	66	(18)	30	(28)	31	(19)	5	(5)	
Bolsas Profundas	20	(6)	9	(8)	9	(6)	2	(2)	
Todos excluídos	108	(30)	27	(25)	49	(30)	32	(35)	

* Teste de Independência do qui-quadrado;

Os indivíduos que avaliaram a sua Saúde Oral como sendo “má”, apresentavam na maioria, como situação periodontal mais grave, bolsas periodontais superficiais e tártaro, respectivamente em 28% e 23% dos casos. Registamos bolsas periodontais profundas em 8% dos indivíduos deste grupo.

Quem avaliou a sua Saúde Oral como “razoável”, tinha como situação mais prevalente a presença de tártaro (30%). Contudo 25% dos casos apresentava bolsas periodontais (superficiais e profundas).

A presença de tártaro foi também a situação mais frequente nos indivíduos que referiram ter “boa” ou “excelente” Saúde Oral (33% dos casos), mas 7% apresentava bolsas periodontais (superficiais ou profundas).

Dos indivíduos que tinham todos os sextantes excluídos (30% da amostra), 25% avaliou a sua Saúde Oral como sendo “má”, 45% como “razoável” e 30 % como “boa/excelente”.

As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p=0,001$).

5.2 Cárie dentária

No Quadro III.9 está apresentado o resultado do cruzamento da auto-avaliação da Saúde Oral com os indicadores clínicos de cárie dentária.

Quadro III.9: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e cárie dentária ($n=359$)

	Auto-avaliação da Saúde Oral									<i>P</i> [£]
	Total		Má		Razoável		Boa/Excelente			
	(n=359)		(n=106)		(n=161)		(n=92)			
	med	(AIQ)	med	(AIQ)	med	(AIQ)	med	(AIQ)		
Dentes Cariados	0,5	(0-3)	2	(0-5)	0	(0-3)	0	(0-0)	<0,001	
Dentes Perdidos	16	(7,5-29)	20	(10-28)	16	(9-29)	14	(3-32)	0,275	
Dentes Obturados	0	(0-2)	0	(0-1)	0	(0-2)	0	(0-5)	0,008	
CPO (Global),	22,5	(13-32)	27	(17-32)	22	(13-32)	19	(11-32)	0,083	

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; £- Teste de Kruskal-Wallis;

Relativamente à cárie dentária, quem referiu ter “má” Saúde Oral apresentou uma mediana de 2 dentes cariados (AIQ 0-5). Os indivíduos que avaliaram a Saúde Oral como “razoável” e “boa/excelente” registaram medianas de zero mas com diferenças na AIQ, (0-3) e (0-0) respectivamente. As diferenças na auto-avaliação da Saúde Oral foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Quanto aos dentes obturados, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,008$) na avaliação da Saúde Oral. Apresentaram uma mediana de zero mas, com AIQ de (0-1), (0-2) e (0-5), respectivamente, para quem classificou a sua Saúde Oral como “má”, “razoável” e “boa/excelente”.

No que respeita aos dentes perdidos registamos medianas de 20 dentes perdidos (AIQ 10-28) no grupo que avaliou a Saúde Oral como “má”, 16 dentes perdidos (AIQ 9-29) para quem referiu “razoável” e 14 dentes perdidos (AIQ 3-32) para quem considerou ter “boa/excelente” Saúde Oral. Contudo as diferenças não foram estatisticamente significativas.

5.3 Situação protética

De seguida estão apresentados os resultados do cruzamento da auto-avaliação da Saúde Oral com o uso e necessidade de prótese dentária, tendo em conta os casos válidos.

Numa primeira análise (Figura III.10) agrupamos os indivíduos, tendo em conta o número de dentes presentes, independentemente se eram ou não portadores de prótese ($n=358$).

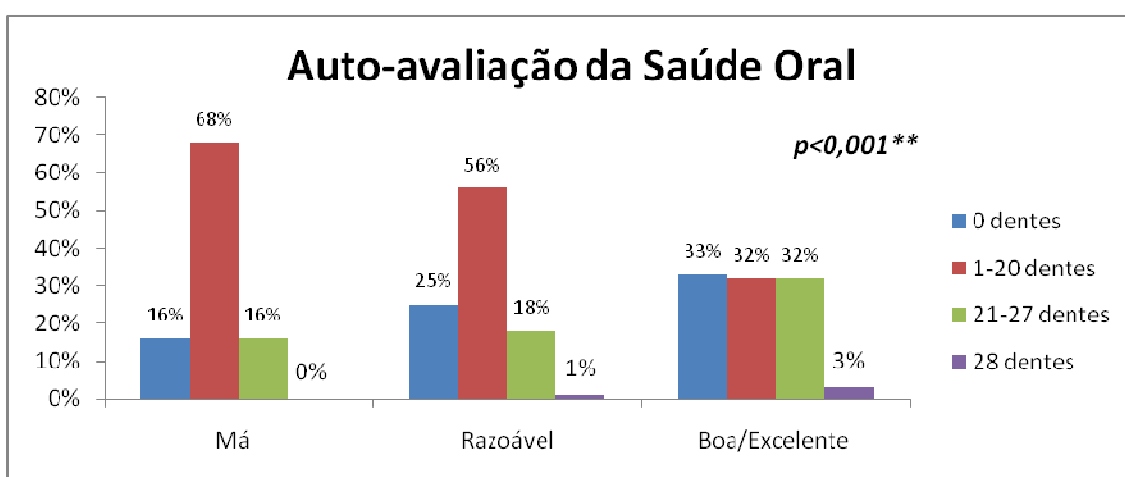


Figura III.10: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e o número de dentes presentes ($n=358$). ** - Teste Exacto.

Quem avaliou a sua Saúde Oral como sendo “má”, 16% não tinha dentes, outros 16% tinha entre 21-27 dentes, sendo que a maioria dos indivíduos (68%) tinha entre 1 e 20 dentes presentes.

No grupo que avaliou como “razoável”, 56% tinham entre 1-20 dentes, 25% eram desdentados totais e 18% tinham entre 21-27 dentes presentes.

No grupo que avaliou a Saúde Oral como “boa/excelente”, 3% dos indivíduos tinham a dentição natural completa, estando os restantes elementos distribuídos de forma mais ou menos homogénea pelas restantes categorias.

As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Numa segunda análise (Figura III.11), tivemos em conta o número de dentes presentes excluindo todos os indivíduos portadores de prótese dentárias ($n=171$).

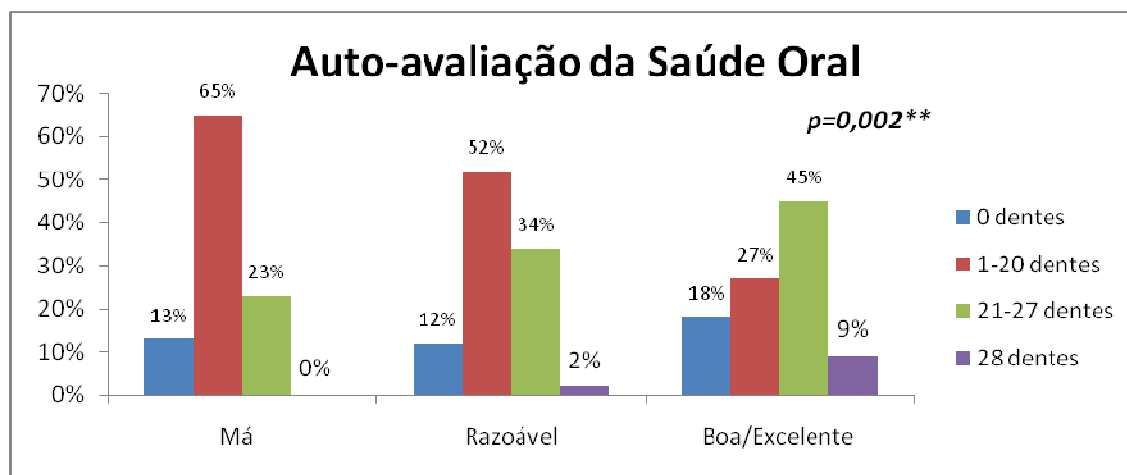


Figura III.11: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e o número de dentes presentes, nos indivíduos não portadores de prótese ($n=171$). ** - Teste Exacto.

Quem avaliou a sua Saúde Oral como sendo “má”, 13% eram desdentados totais, 23% tinham entre 21-27 dentes, sendo que a maioria dos indivíduos (65%) tinham entre 1 e 20 dentes presentes.

No grupo que avaliou como “razoável”, 52% tinham entre 1-20 dentes, 12% eram desdentados totais e 34% tinham entre 21-27 dentes presentes.

No grupo que avaliou a Saúde Oral como “boa/excelente”, 9% dos indivíduos tinham a dentição natural completa e 18% não tinham dentes, estando os restantes elementos distribuídos 27% no grupo de 1-20 dentes e a maioria (45%) tinham presentes entre 21 e 27 dentes.

As diferenças também são estatisticamente significativas ($p=0,002$)

Numa terceira análise (Figura III.12) averiguamos a influência do uso de prótese, como meio de reabilitação da cavidade oral, na auto-avaliação da Saúde Oral ($n=359$).

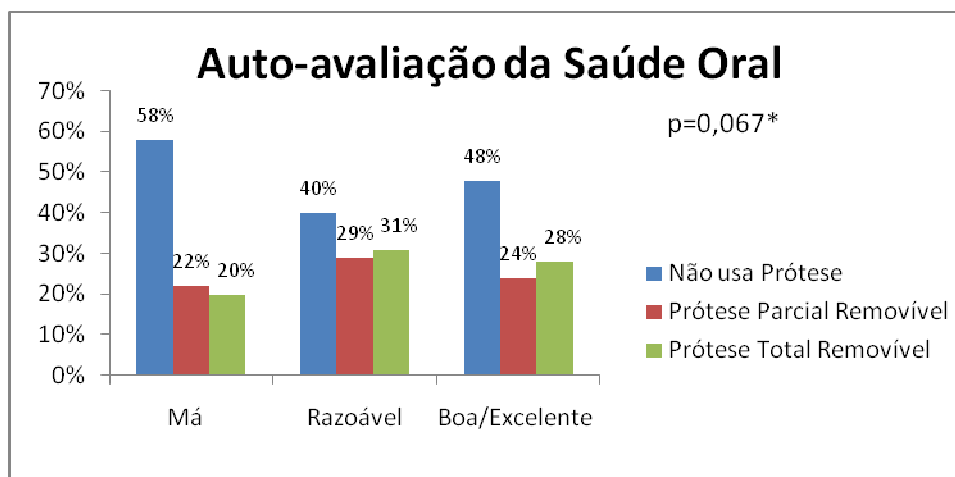


Figura III.12: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e reabilitação protética ($n=359$). * Teste de Independência do qui-quadrado.

A maioria dos indivíduos que referiu ter “má” Saúde Oral (58%), não tinha qualquer prótese, 22 % e 20% era portador de prótese parcial ou total removível, respectivamente.

Quem referiu ter “razoável” Saúde Oral, 40% não tinha qualquer prótese, 29 % era portador de prótese parcial e 31% prótese total removível.

Nos indivíduos que avaliaram a sua Saúde Oral com sendo “boa/excelente”, 48% não usava prótese, 24% usava prótese parcial e 28% prótese total removível.

As diferenças verificadas entre os grupos não são significativas ($p=0,067$)

Numa quarta análise (Figura III.13) averiguamos a influência do uso de prótese, como meio de reabilitação total da cavidade oral, na auto-avaliação da Saúde Oral, ou seja, comparamos indivíduos com dentição natural completa com aqueles totalmente reabilitados da perda de dentes com recurso a prótese parcial ou total removível (excluimos todos os indivíduos que necessitavam algum tipo de prótese).(n=146).

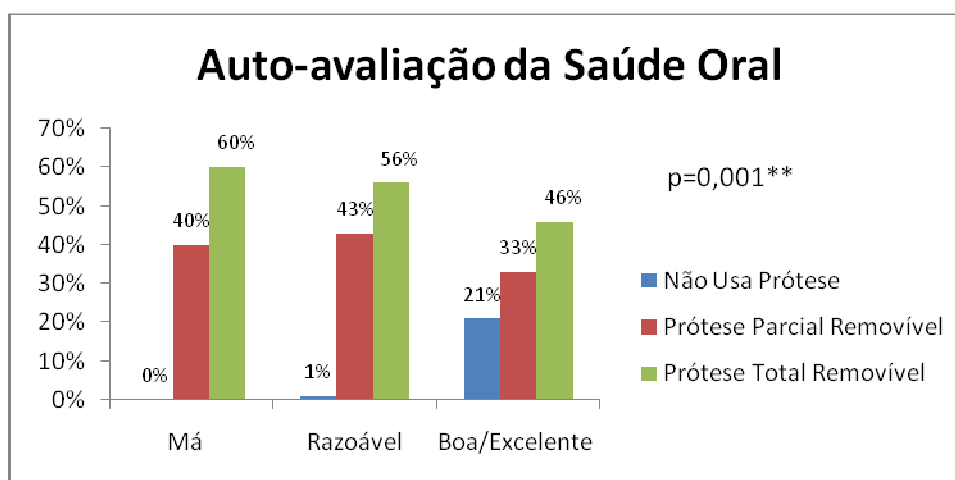


Figura III.13: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e reabilitação protética, nos indivíduos que não necessitam de prótese (n=146). ** Teste Exacto.

Dos indivíduos que consideraram a sua Saúde Oral como “má”, 60% era portador de prótese total e o restante 40% estava reabilitado com prótese parcial removível.

O grupo de indivíduos que classificou como “razoável”, 43% e 56% usavam prótese parcial e total removível, respectivamente.

Dos indivíduos que afirmaram ter “boa/excelente” Saúde Oral, 46% estavam reabilitados com recurso a pelo menos uma prótese total e 33% com prótese parcial removível.

As diferenças foram estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,001).

Na quinta análise (Figura III.14), pretendemos representar todos os indivíduos que necessitavam de prótese (total ou parcial), podendo ser portadores de uma prótese mas não estavam totalmente reabilitados ($n=359$).

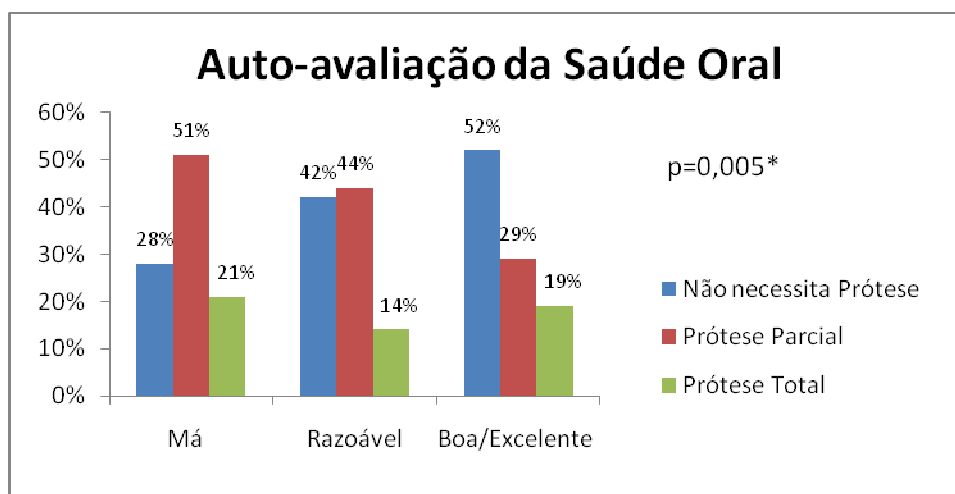


Figura III.14: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e necessidade de reabilitação protética ($n=359$). * Teste de Independência do qui-quadrado.

Os indivíduos que classificaram a sua Saúde Oral como “má”, 51% necessitavam de pelo menos uma prótese parcial e 21% de uma prótese total. 28% dos indivíduos não necessitavam de qualquer prótese.

Dos que avaliaram como sendo “razoável”, 42% não necessitava de qualquer prótese, 44% necessitava de prótese parcial e 14% de prótese total.

Dos indivíduos que consideraram possuírem “boa/excelente” Saúde Oral, 52% não necessitava de qualquer reabilitação, sendo que 29% e 19%, necessitava, respectivamente de pelo menos uma prótese parcial e total.

As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($p=0,005$).

Por último (Figura III.15), analisamos os indivíduos que necessitavam de prótese e que não eram portadores de nenhuma ($n=171$).

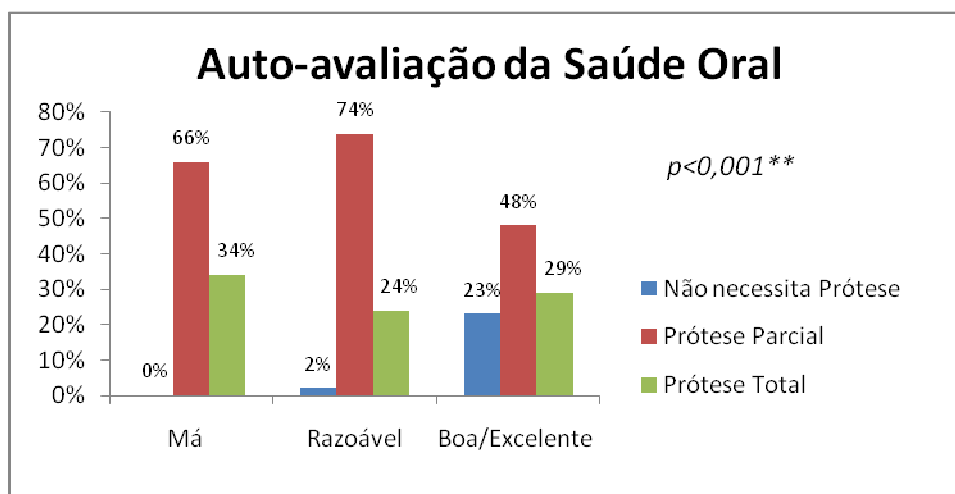


Figura III.15: Associação entre auto-avaliação da Saúde Oral e necessidade de reabilitação protética, nos indivíduos que não usam prótese ($n=171$). ** Teste Exacto.

Verificamos que no grupo que avaliou a Saúde Oral como “má”, 66% necessitava de pelo menos uma prótese parcial e 34% de uma prótese total.

Entre os que avaliaram como “razoável”, 74% necessitava de pelo menos uma prótese parcial e 25% de prótese total.

Por último, dos indivíduos que consideraram ter “boa/excelente” Saúde Oral, 23% não necessitava prótese alguma e os restantes necessitavam de prótese parcial e total, respectivamente, 48% e 30%.

As diferenças entre os grupos foram, mais uma vez, estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

6. ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTO-PERCEPÇÃO DE PROBLEMAS COM AS GENGIVAS E CONDIÇÃO PERIODONTAL

No Quadro III.10 está apresentado o resultado do cruzamento dos indicadores clínicos de doença periodontal e dados sobre a auto-percepção de problemas com as gengivas.

Quadro III.10: Associação entre auto-percepção de problemas com as gengivas e a situação periodontal (n=359)

		Problemas com as gengivas					
		Total (n=359)		Não (n=230)		Sim (n=129)	
Situação periodontal	n	%	n	%	n	%	p*
mais grave							
Saudável	24	(7)	22	(10)	2	(2)	<0,001
Sangramento	38	(11)	28	(12)	10	(8)	
Tártaro	103	(29)	66	(29)	37	(29)	
Bolsas Leves	66	(18)	29	(13)	37	(29)	
Bolsas Profundas	20	(6)	6	(3)	14	(11)	
Todos excluídos	108	(30)	79	(34)	29	(22)	

* - Teste de Independência do Qui-quadrado

Dos indivíduos que identificaram ter problemas de gengivas, a maioria apresentava, como condição clínica periodontal mais grave, tártaro (29%) e bolsa periodontais superficiais (29%).

Dos indivíduos que apresentavam sangramento (n=38) a maioria (n=28, 74%) não identificou problemas com as gengivas.

Indivíduos registados com presença de bolsas periodontais superficiais, 56% (n=37) reconheceu existirem problemas com as gengivas, aumentando esse valor para 70% (n=14) no caso de presença de bolsas periodontais profundas.

Dos indivíduos que possuíam sextantes válidos para registo periodontal e que responderam não ter problemas com as gengivas, 85 % apresentaram algum sinal clínico de doença periodontal, nomeadamente sangramento (19%), tártaro (44%) e de bolsas periodontais (23%).

As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas (p<0,001)

7. ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTO-PERCEPÇÃO DE PROBLEMAS COM OS DENTES E CONDIÇÃO DENTÁRIA

No Quadro III.11 está apresentado o resultado do cruzamento dos indicadores clínicos relacionado com cárie dentária e dados sobre a auto-percepção de problemas com os dentes.

Quadro III.11: Associação entre auto-percepção de problemas com os dentes e a condição dentária (n=359).

	Total		Problemas com os dentes				<i>p</i> [£]
			Não		Sim		
	(n=359)		(n=214)		(n=145)		
	med	AIQ	med	AIQ	med	AIQ	
Dentes Cariados	0,5	(0-3)	0	(0-0)	3	(1-6)	<0,001
Dentes Perdidos	16	(7,5-29)	20	(6-32)	14	(9-21,5)	0,002
Dentes Obturados	0	(0-2)	0	(0-2)	0	(0-2)	0,298
CPO	22,5	(13,5-32)	25	(13-32)	21	(14-28)	0,057

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; £- Teste de Mann-Whitney.

A mediana de dentes cariados foi de 0,5 (AIQ 0-3). No grupo que identificou existirem problemas com os dentes a mediana foi 3 (AIQ 1-6), enquanto que naquele que referiu não existir problema algum foi de zero (AIQ 0-0), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Quanto aos dentes perdidos, 50% dos indivíduos apresentaram perda de 16 dentes (AIQ 7,5-29). Aqueles que identificaram existirem problemas com os dentes apresentaram uma mediana de 14 dentes perdidos (AIQ 9-21,5) enquanto que os indivíduos que relataram não existirem problemas, a mediana de dentes perdidos foi de 20 (AIQ 6-32). Esta diferença é igualmente estatisticamente significativa ($p = 0,002$).

No que respeita ao registo de dentes obturados, a mediana foi de 0 (AIQ 0-2) e não encontramos diferenças quanto à percepção de problemas com os dentes.

8. ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTO-AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO DENTÁRIO E INDICADORES CLÍNICOS

8.1 Situação periodontal

No Quadro III.12 apresentamos os resultados da auto-avaliação da necessidade de tratamento dentário tendo em conta os indicadores clínicos de doença periodontal

Quadro III.12: Caracterização dos participantes no estudo ($n=359$) relativamente à necessidade de ir ao dentista para tratamento segundo a situação periodontal mais grave apresentado nos sextantes.

sextantes:

	Total (<i>n</i> =359)		Necessidade de ir ao dentista para tratamento				<i>p</i> *
			Não (<i>n</i> =175)		Sim (<i>n</i> =184)		
			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Situação periodontal mais grave	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Saudável	24	(7)	13	(7)	11	(6)	<0,001
Sangramento	38	(11)	13	(7)	25	(14)	
Tártaro	103	(29)	43	(25)	60	(33)	
Bolsas Leves	66	(18)	21	(12)	45	(24)	
Bolsas Profundas	20	(6)	2	(1)	18	(10)	
Todos excluídos	108	(30)	83	(48)	25	(14)	

* - Teste de Independência do Qui-quadrado.

O grupo que indicou ter necessidade de ir ao dentista para tratamento, apresentou como situação periodontal mais prevalente, a presença de tártaro (33%) e bolsas periodontais superficiais (24%).

O grupo que indicou não ter necessidade de ir ao dentista é representado principalmente por aqueles indivíduos que tinham todos os sextantes excluídos para registo periodontal (48%). A situação a seguir mais prevalente neste grupo foi a presença de tártaro (25% dos casos).

Verificamos que quem apresentou, como pior situação periodontal, sangramento ($n=38$), 66% ($n=25$) indicou necessidade de ir ao dentista para tratamento, sendo de 58% ($n=60$) para quem tinha tártaro ($n=103$). No caso de presença de bolsas periodontais superficiais ($n=66$), 68% ($n=45$) dos indivíduos que apresentaram esse sinal reconheceu a necessidade de ir ao dentista para tratamento, subindo para 90% ($n=18$) quando na presença de bolsas periodontais profundas ($n=20$).

As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$)

8.2 Cárie dentária

No Quadro III.13 apresentamos os resultados da auto-avaliação da necessidade de tratamento dentário tendo em conta os indicadores clínicos de cárie dentária.

Quadro III.13: Caracterização dos participantes no estudo ($n=359$) relativamente à cárie dentária, por necessidade de ir ao dentista para tratamento indicados pelo paciente.

	Necessidade de ir ao dentista para tratamento						
	Total ($n=359$)		Não ($n=175$)		Sim ($n=184$)		p^s
	med	AIQ	med	AIQ	med	AIQ	
Dentes Cariados	0,5	(0-3)	0	(0-1)	2	(0-4)	$<0,001$
Dentes Perdidos	16	(7,5-29)	24	(8-32)	14	(7-21)	$<0,001$
Dentes Obturados	0	(0-2)	0	(0-0)	0	(0-3)	$<0,001$
CPO	22,5	(13-32)	27	(15-32)	20	(12-28)	$0,001$

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; §- Teste de Mann-Whitney

No que respeita aos dados sobre cárie dentária, o grupo que indicou necessidade de ir ao dentista para tratamento foram os indivíduos que tinham mais dentes cariados (med 2; AIQ 0-4) comparativamente ao grupo que não indicou essa necessidade (med 0; AIQ 0-1).

Quanto ao número de dentes perdidos também se encontram diferenças entre os grupos, sendo uma mediana de 24 dentes perdidos (AIQ 8-32) no grupo que não indicou necessidade de ir ao dentista para tratamento, e de 14 dentes perdidos (AIQ 7-21) para o outro grupo.

Quanto ao número de dentes obturados, ambos os grupos apresentaram uma mediana de zero dentes obturados mas com AIQ de (0-0) para o grupo que não indicou necessidade de ir ao dentista para tratamento e AIQ de (0-3) para o outro grupo.

Em todas as análises as diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

9. QUESTIONÁRIO OHIP-14

A consistência interna do índice OHIP-14 foi testada através do teste Alfa de Cronbach. A homogeneidade da escala do OHIP foi avaliada pelos coeficientes de correlação entre cada questão e com o resto da escala (Quadro III.14).

Quadro III.14: Valores da Correlação item-total e valores alfa de Cronbach se item eliminado do índice OHIP

14 Itens	Média	(dp) ⁽¹⁾	Correlation ⁽²⁾	α ⁽³⁾
1 - Problemas em pronunciar palavras	0,73	(1,11)	0,484	0,868
2 - Sentido de paladar piorado	0,73	(1,10)	0,361	0,871
3 - Dores na boca	0,94	(1,03)	0,442	0,870
4 - Desconforto ao comer	1,31	(1,21)	0,639	0,859
5 - Complexos	0,53	(0,97)	0,647	0,858
6 - Tenso ou ansioso	0,54	(0,99)	0,656	0,858
7 - Dieta insatisfatória	1,13	(1,21)	0,596	0,862
8 - Interromper refeições	0,73	(1,07)	0,606	0,860
9 - Dificuldade em relaxar	0,30	(0,73)	0,545	0,865
10 - Embaraçado	0,41	(0,83)	0,621	0,861
11 - Irritado com as outras pessoas	0,25	(0,68)	0,622	0,862
12 - Dificuldade em cumprir tarefas habituais	0,12	(0,43)	0,469	0,870
13 - Menos satisfeito com a vida em geral	0,40	(0,83)	0,605	0,861
14 - Impossível de funcionar	0,13	(0,48)	0,449	0,870
Soma dos 14 Itens	-	-	-	0,873^(*)

(1) dp - desvio padrão; (2) Correlação entre cada questão e o total sem esse item; (3) α - Alfa de Cronbach se o item for apagado; (*) α - Alfa de Cronbach global dos 14 itens.

As correlações entre cada questão e o total variaram entre 0,361 e 0,656. O valor do Alfa de Cronbach, após eliminação de um item, foi sempre inferior ao valor global considerando a Soma dos 14 itens (0,873).

A frequência de distribuição das respostas dadas ao conjunto de perguntas que compõem o questionário OHIP-14 está apresentada no Quadro III.15.

Quadro III.15: Resposta ao questionário OHIP-14

Questão		Resposta				
		Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca	Nunca
		[4]	[3]	[2]	[1]	[0]
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Limitação funcional						
1	Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	4 (1)	29 (8)	72 (20)	12 (3)	240 (67)
2	Tem notado que o seu sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	7 (2)	19 (5)	80 (22)	14 (4)	237 (66)
Dor física						
3	Tem tido muitas dores na boca?	2 (1)	16 (4)	120(33)	40 (11)	181 (50)
4	Tem sentido desconforto aos comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	7 (2)	53(15)	131(37)	20 (6)	147 (41)
Desconforto psicológico						
5	Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	2 (1)	22 (6)	47 (13)	20 (6)	267 (75)
6	Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	3 (1)	20 (6)	50 (14)	21 (6)	261 (74)
Disfunção física						
7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	5 (1)	52 (14)	102(28)	27 (8)	173 (48)
8	Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	1(0)	30 (8)	72 (20)	24 (7)	232 (65)
Disfunção psicológica						
9	Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0 (0)	10 (3)	26 (7)	26 (7)	293 (83)
10	Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	1 (0)	7 (2)	52 (15)	17 (5)	281 (78)

Quadro III.15: Resposta ao questionário OHIP-14 (Continuação).

Questão		Resposta				
		Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca	Nunca
[4]	[3]	[2]	[1]	[0]		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Disfunção social						
11	Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	1 (0)	5 (1)	28 (8)	15 (4)	307 (86)
12	Tem tido dificuldade em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	0 (0)	2 (1)	9 (3)	18 (5)	330 (92)
Incapacidade						
13	Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	1 (0)	8 (2)	49 (14)	16 (4)	284 (79)
14	Tem sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	1 (0)	1(0)	12 (3)	14 (4)	330 (92)

Muitos participantes associaram problemas de Saúde Oral a vários impactos no seu dia-a-dia, nomeadamente: dificuldade em pronunciar palavras (33%), alteração no paladar (34%), dor (50%), desconforto ao comer alimentos (59%), dieta insatisfatória (52%), interrupção das refeições (35%). Os impactos menos referidos foram aqueles associados a questões relacionados com capacidade de cumprir tarefas habituais (8%) e incapacidade de funcionar (8%).

Considerando existir impacto das condições orais (problemas com dentes, boca e prótese) no bem-estar funcional, social e psicológico, ou seja na Qualidade de Vida do indivíduo, quando a questão era respondida com “sempre” e “muitas vezes”, identificamos os seguintes itens referidos com maior frequência de impactos: “Desconforto ao comer” (17%), “Dieta insatisfatória” (15%), “Problemas em pronunciar palavras” (9%), “Interromper refeições” (8%), “Sentido de paladar piorado” (7%), “Complexos” (7%), “Tenso ou ansioso” (7%) e “Dores na boca” (5%). Os menos prevalentes foram: “Dificuldade em relaxar” (3%), “Embaraçado” (2%), “Menos satisfeito com a vida em geral” (2%), “Irritado com as outras

peças” (1%) e “Dificuldade em cumprir tarefas habituais” (1%). O item “Impossível de funcionar” foi respondido com “sempre” e “muitas vezes” em menos de 1% dos indivíduos.

No Quadro III.16 estão apresentados os resultados da análise do OHIP-14.

Quadro III.16: Caracterização dos participantes no estudo (n=359) relativamente ao questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP).

	med	AIQ
Soma 14 Itens OHIP	6.00	(2.00-12.00)
Nº de Impactos Funcionais e Psicológicos	0.00	(0.00-1.00)
Valores individuais do OHIP		
Domínio	itens	
Limitação Funcional		0.00 (0.00-1.02)
	(0.51) - Problemas em pronunciar palavras	0.00 (0.00-2.00)
	(0.49) - Sentido de paladar piorado	0.00 (0.00-2.00)
Dor Física		1.32 (0.00-2.00)
	(0.34) - Dores na boca	0.00 (0.00-2.00)
	(0.66) - Desconforto ao comer	2.00 (0.00-2.00)
Desconforto Psicológico		0.00 (0.00-0.90)
	(0.45) - Complexos	0.00 (0.00-1.00)
	(0.55) - Tenso ou ansioso	0.00 (0.00-1.00)
Disfunção Física		0.52 (0.00-2.00)
	(0.52) - Dieta insatisfatória	1.00 (0.00-2.00)
	(0.48) - Interromper refeições	0.00 (0.00-2.00)
Disfunção Psicológica		0.00 (0.00-0.60)
	(0.60) - Dificuldade em relaxar	0.00 (0.00-0.00)
	(0.40) - Embaraçado	0.00 (0.00-0.00)
Disfunção Social		0.00 (0.00-0.00)
	(0.62) - Irritado com as outras pessoas	0.00 (0.00-0.00)
	(0.38) - Dificuldade em cumprir tarefas habituais	0.00 (0.00-0.00)
Incapacidade		0.00 (0.00-0.00)
	(0.59) - Menos satisfeito com a vida em geral	0.00 (0.00-0.00)
	(0.41) - Impossível de funcionar	0.00 (0.00-0.00)

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil

Avaliando a soma dos 14 itens do OHIP (*Additive method simple*), calculada usando a codificação 4 (sempre), 3 (muitas vezes), 2 (às vezes), 1 (quase nunca), 0 (nunca), os participantes registaram uma mediana de 6 impactos (AIQ 2-12) associados a problemas de Saúde Oral. Os valores variam entre 0 (resposta “nunca” [0] nos 14 itens) e 56 (resposta “sempre” [4] nos 14 itens).

Considerando apenas existir impacto das condições orais na Qualidade de Vida do indivíduo, quando a questão era respondida com “sempre” e “muitas vezes” (*simple count method*), o número de impactos funcionais e psicológicos referidos por 50% dos participantes foi de zero (AIQ 0-1). Os valores variam entre 0 (resposta “nunca” [0] nos 14 itens) e 14 (resposta “sempre” [4] ou “muitas vezes” [3] nos 14 itens).

O valor individual do OHIP (*Individual's OHIP Score*) representa a gravidade da resposta dada a cada questão dentro de cada um dos 7 domínios que o índice considera, podendo variar de 0 (nunca) a 4 (sempre).

No domínio da “Limitação Funcional”, 50% dos indivíduos teve um valor de zero com AIQ (0-1,02) sendo que os 2 itens que o compõem, “Problemas em pronunciar palavras” e “Sentido de paladar piorado”, apresentaram iguais valores para a mediana (0) e AIQ (0-2).

No domínio “Dor Física” registamos um valor de mediana de 1.32 (AIQ 0-2). Dos itens que o compõem registamos mediana de 2 para a questão “desconforto ao comer” e de 1 para “dores na boca” com iguais AIQ (0-2).

No domínio “Desconforto Psicológico” registamos um valor de zero com AIQ (0-0,9) em 50 % dos indivíduos. Não houve diferenças nos 2 itens que o compõem.

No domínio “Disfunção Física” registamos um valor de mediana de 0.52 (AIQ 0-2). Dos itens que o compõem registamos mediana de 1 para a questão “dieta insatisfatória” e de zero para “interromper refeições” com iguais AIQ (0-2).

No domínio “Disfunção Psicológica” registamos um valor de zero com AIQ (0-0,6) em 50 % dos indivíduos. Não houve diferenças nos 2 itens que o compõem.

Nos domínios “Disfunção Social” e “Incapacidade”, 50% dos indivíduos obteve um valor de OHIP de zero com AIQ (0-0), ou seja, a resposta mais frequente foi “nunca” (0), considerando não existir impacto das condições orais (problemas com dentes, boca e prótese) na Qualidade de Vida do indivíduo,

9.1 Análise do OHIP-14 em função da caracterização sócio-demográfica

No Quadro III.17 estão apresentados os impactos funcionais e psicológicos medidos pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e a soma dos respectivos 14 itens, tendo em conta as características sócio-demográficas da amostra.

Quadro III.17: Caracterização dos participantes no estudo ($n=359$) relativamente aos dados sócio-demográficos, pelo número de impactos funcionais e psicológicos no *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e pela soma dos respectivos 14 itens.

	<i>n</i>	Nº de Impactos Funcionais e Psicológicos no OHIP			Soma dos 14 Itens do OHIP		
		med	AIQ	<i>p</i>	med	AIQ	<i>p</i>
Sexo							
Masculino	114	0	(0-1)	0,135 [§]	5	(1-11)	0,123 [§]
Feminino	233	0	(0-1)		7	(2-12)	
Idade							
<70 anos	101	0	(0-0)	0,135 [§]	6	(1-10)	0,284 [§]
≥70 anos	246	0	(0-1)		6,5	(2-12)	
Classe socio-económica							
I-II	65	0	(0-0)	0,001 [£]	4	(1-9)	0,043 [£]
III	98	0	(0-1)		6	(1-12)	
IV-V	184	0	(0-1)		7,5	(2-13)	

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; §- Teste de Mann-Whitney; £- Teste de Kruskal-Wallis

Em todos os factores analisados, o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP foi de zero com variações na amplitude inter-

quartil. As diferenças tornam-se mais visíveis quando analisamos a soma dos 14 itens do OHIP.

Os participantes do sexo feminino assinalaram uma mediana de 7 impactos (AIQ 2-12) na Qualidade de Vida relacionados com problemas de boca, dentes ou prótese medidos pela soma dos 14 itens do OHIP. Por outro lado, os indivíduos do sexo masculino identificaram mediana de 5 impactos (AIQ 1-11), mas a diferença entre sexos não é significativa ($p=0,123$).

Quanto à idade, não registamos igualmente diferenças no número de impactos funcionais e psicológicos entre os indivíduos de menos e mais de 70 anos ($p=0,284$).

A classe sócio-económica foi também analisada. Indivíduos de classe sócio-económica alta reportaram zero impactos funcionais e psicológicos (AIQ 0-0) medidos pelo OHIP. Indivíduos de classe média e baixa referiram zero impactos mas com maior AIQ (0-1). As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($p=0,001$).

9.2. Análise do OHIP-14 em função das variáveis relacionadas com os cuidados de Saúde Oral

No Quadro III.18 estão representados os impactos funcionais e psicológicos medidos pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e a soma dos respectivos 14 itens, tendo em conta os cuidados de Saúde Oral e procura de assistência medico-dentária da amostra.

Quadro III.18: Caracterização dos participantes no estudo ($n=359$) relativamente à procura de assistência medico-dentária recurso ao dentista, pelo número de impactos funcionais e psicológicos no *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e pela soma dos respectivos 14 itens.

		Nº de Impactos Funcionais e Psicológicos no OHIP			Soma dos 14 Itens do OHIP		
	<i>n</i>	med	AIQ	<i>p</i> [£]	med	AIQ	<i>p</i> [£]
<u>Última visita ao dentista</u>							
Menos de 1 ano	122	0	(0-0)	0,005	6	(1-12)	0,374
Entre 1 e 3 anos	47	0	(0-0)		4	(1-12)	
Mais de 3 anos/Nunca	178	0	(0-1)		7	(2-12)	
<u>Motivo usual para visita ao dentista</u>							
Rotina	84	0	(0-0)	0,001	2	(0-8,5)	0,003
Dor	153	0	(0-1)		7	(2-14)	
Prótese	60	0	(0-1)		7	(2-10)	
Nunca visita	50	0	(0-1)		6	(2-12)	

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; £- Teste de Kruskal-Wallis.

Quanto à data da última visita ao dentista, o número de impactos funcionais e psicológicos referidos pelos participantes foi de zero mas com variações na amplitude inter-quartil, sendo (0-0) para os grupos que referiram terem ido ao dentista há menos de 3 anos e (0-1) para quem referiu tê-lo feito há mais de 3 anos ou nunca visitaram. Estas diferenças são estatisticamente significativas ($p=0,005$).

Relativamente ao motivo usual referido para visita ao dentista, as diferenças de impactos na Qualidade de Vida medidos pela soma dos 14 itens do OHIP são igualmente significativas ($p=0.003$). Quem referiu recorrer ao dentista por rotina, apresentou uma mediana de 2 impactos (AIQ 0-8.5), quem o faz quando tem dor ou por problemas com a prótese tem uma mediana de 7 impactos mas com diferenças na Amplitude Inter-Quartil, AIQ (2-14) e AIQ (2-10), respectivamente.

9.3 Análise do OHIP-14 em função das variáveis relacionadas com a auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral

No Quadro III.19 estão representados os impactos funcionais e psicológicos medidos pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e a soma dos respectivos 14 itens, tendo em conta critérios de auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral. Mais uma vez, em todos os factores analisados, o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP foi de zero com variações na amplitude inter-quartil. As diferenças tornam-se mais perceptíveis quando analisada a soma dos 14 itens do OHIP.

Quadro III.19: Caracterização dos participantes no estudo ($n=359$) relativamente à auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral, pelo número de impactos funcionais e psicológicos no *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e pela soma dos respectivos 14 itens.

	<i>n</i>	Nº de Impactos Funcionais e Psicológicos no OHIP			Soma dos 14 Itens do OHIP		
		med	AIQ	<i>p</i>	med	AIQ	<i>p</i>
<u>Sensação de boca seca</u>							
Não	194	0	(0-1)	0,066 [§]	5	(0-11)	<0,001 [§]
Sim	153	0	(0-1)		8	(4-13)	
<u>Auto-avaliação da Saúde Oral</u>							
Má	102	0	(0-2)	<0,001 [£]	10	(4-16)	<0,001 [£]
Razoável	158	0	(0-1)		6	(2-11)	
Boa/Excelente	87	0	(0-0)		2	(0-8)	
<u>Problemas com as gengivas</u>							
Não	222	0	(0-1)	0,001 [§]	5	(0-10)	<0,001 [§]
Sim	125	0	(0-2)		9	(4-17)	
<u>Problemas com os dentes</u>							
Não	210	0	(0-1)	0,257 [§]	6	(0-11)	<0,001 [§]
Sim	137	0	(0-1)		8	(3-14)	
<u>Necessidade de ir ao dentista para tratamento</u>							
Não	173	0	(0-1)	0,204 [§]	6	(0-11)	0,006 [§]
Sim	174	0	(0-1)		7	(2-13)	

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; §- Teste de Mann-Whitney; £- Teste de Kruskal-Wallis.

Os indivíduos que relataram ter sensação de boca seca identificaram uma mediana de 8 impactos (AIQ 4-13) medidos pela soma dos 14 itens do OHIP, sendo o valor de 5 impactos (AIQ 0-11) para os indivíduos que não referiram esse sintoma. As diferenças entre eles são estatisticamente significativas ($p<0,001$).

Relativamente à auto-avaliação da Saúde Oral, os que avaliaram como “má” registaram uma mediana de 10 impactos (AIQ 4-16). Aqueles que a classificaram como “razoável” identificaram uma mediana de 6 impactos (AIQ 2-11) e os que consideraram ter “boa/excelente” Saúde Oral registaram 2 impactos como valor de mediana (AIQ 0-8). Mais uma vez as diferenças foram estatisticamente significativas ($p<0,001$).

Quanto à auto-percepção de problemas com dentes e gengivas, as diferenças na identificação de impactos na Qualidade de Vida também são estatisticamente significativas ($p<0,001$). O grupo que identificou existirem problemas com as gengivas registou uma mediana de 9 impactos (AIQ 4-17), sendo esse valor de 5 impactos (AIQ 0-10) para o outro grupo. Quanto ao reconhecimento da existência de problemas com os dentes, quem respondeu afirmativamente registou mediana de 8 impactos (AIQ 3-14), sendo esse valor de 6 (AIQ 0-11) para quem não reconheceu o problema.

Relativamente à percepção da necessidade de ir ao dentista para tratamento, quem respondeu afirmativamente, apresentou uma mediana de 7 impactos (AIQ 2-13) e quem não considerou haver essa necessidade registou, como mediana, 6 impactos (AIQ 0-11). Esta diferença é igualmente significativa ($p=0,006$).

9.4 Análise do OHIP-14 em função da situação periodontal

No Quadro III.20 estão apresentados os impactos funcionais e psicológicos medidos pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e a soma dos respectivos 14 itens da amostra, tendo em conta os indicadores clínicos de doença periodontal.

Quadro III.20: Caracterização dos participantes no estudo ($n=359$) relativamente aos indicadores clínicos de doença periodontal, pelo número de impactos funcionais e psicológicos no *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e pela soma dos respectivos 14 itens.

Situação periodontal mais grave	Nº de Impactos Funcionais e Psicológicos no OHIP				Soma dos 14 Itens do OHIP		
	n	med	AIQ	$p^{\text{£}}$	med	AIQ	$p^{\text{£}}$
Saudável	24	0	(0-1,5)	0,023	8	(1-14,5)	0,004
Sangramento	37	0	(0-0)		6	(2-12)	
Tártaro	96	0	(0-0)		4	(0-7)	
Bolsas Leves	66	0	(0-1)		7	(2-13)	
Bolsas Profundas	18	0	(0-1)		8,5	(2-14)	
Todos excluídos	106	0	(0-2)		8	(2-13)	

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; £- Teste de Kruskal-Wallis.

Relativamente à presença de sinais clínicos de doença periodontal, quando a situação mais grave foi a presença de sangramento, registamos uma mediana de 6 impactos (AIQ 2-12) e de 4 impactos (AIQ 0-7) quando na presença de tártaro. Quem apresentou bolsas periodontais, referiu uma mediana de 7 impactos (AIQ 2-13) e de 8,5 impactos (AIQ 2-14), respectivamente na presença de bolsas superficiais ou profundas. As diferenças são estatisticamente significativas ($p=0,004$)

9.5 Análise do OHIP-14 em função da situação de reabilitação protética

No Quadro III.21 estão apresentados os impactos funcionais e psicológicos medidos pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e a soma dos respectivos 14 itens da amostra, tendo em conta o uso e necessidade de prótese dentária.

Quadro III.21: Caracterização dos participantes no estudo ($n=359$) relativamente à reabilitação protética, pelo número de impactos funcionais e psicológicos no *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e pela soma dos respectivos 14 itens.

	Nº de Impactos Funcionais e Psicológicos no OHIP				Soma dos 14 Itens do OHIP		
	n	med	AIQ	$p^{\text{£}}$	med	AIQ	$p^{\text{£}}$
Nº de Dentes presentes							
0 dentes presentes	87	0	(0-3)	$<0,001$	7	(2-13)	$<0,001$
1-20 dentes presentes	181	0	(0-1)		7	(2-12)	
21-27 dentes presentes	73	0	(0-0)		4	(0-8)	
28 dentes presentes	5	0	(0-0)		0	(0-0)	
Nº de Dentes presentes (nos indivíduos que não portadores de prótese)							
0 dentes presentes	23	1	(0-4)	$0,001$	11	(2-19)	$<0,001$
1-20 dentes presentes	80	0	(0-1)		8	(2-13,5)	
21-27 dentes presentes	56	0	(0-0)		2	(0-7,5)	
28 dentes presentes	5	0	(0-0)		0	(0-0)	
Uso de Prótese (Inf e/ou Sup)							
Não usa prótese	164	0	(0-1)	$0,007$	6	(1-13)	0,853
Prótese Parcial Removível	86	0	(0-0)		6	(2-11)	
Prótese Total Removível	97	0	(0-1)		7	(2-11)	
Uso de Prótese (Nos indivíduos que não necessitam de prótese)							
Sem Prótese	11	0	(0-0)	$<0,001$	0	(0-2)	$0,001$
Prótese Parcial Removível	55	0	(0-0)		7	(2-11)	
Prótese Total Removível	78	0	(0-2)		7	(2-12)	
Necessidade de Prótese (Inf e/ou Sup)							
Não necessita prótese	144	0	(0-1)	$<0,001$	6,5	(1-11)	$<0,001$
Prótese Parcial	146	0	(0-1)		4	(1-10)	
Prótese Total	57	1	(0-3)		10	(6-17)	
Necessidade de Prótese (Nos indivíduos que não usam prótese)							
Não necessita prótese	11	0	(0-0)	$<0,001$	0	(0-2)	$<0,001$
Prótese Parcial	107	0	(0-1)		4	(1-11)	
Prótese Total	46	1	(0-3)		12,5	(8-18)	

med – mediana; AIQ – Amplitude Inter-quartil; £- Teste de Kruskal-Wallis.

Tendo em conta o número de dentes presentes na cavidade oral, os indivíduos com menos de 20 dentes relataram uma mediana de 7 impactos medidos pela soma dos 14 itens do OHIP mas com AIQ (2-13) e AIQ (2-12) para os desdentados totais e indivíduos com 1-20 dentes presentes, respectivamente. Quem tinha entre 21-27 dentes presentes referiu uma mediana de 4 impactos (AIQ 0-8) e os indivíduos com dentição natural completa não referiram qualquer impacto na Qualidade de Vida.

Analisando a perda de dentes em indivíduos sem reabilitação protética, verificamos para os desdentados totais um valor mediano de 11 impactos (AIQ 2-19), 8 impactos (AIQ 2-13,5) para quem tinha 1-20 dentes presentes, 2 impactos (AIQ 0-7,5) para quem tinha 21-27 dentes e os indivíduos com dentição natural completa não referiram qualquer impacto na Qualidade de Vida. Nesta análise, tal como na anterior, as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

No que respeita ao uso de prótese, para os indivíduos que não tinham prótese registamos zero impactos (AIQ 0-1) funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP, valores idênticos aos registados para o grupo portador de, pelo menos uma prótese total. O grupo portador de pelo menos uma prótese parcial registou uma mediana de zero impactos (AIQ 0-0). As diferenças apenas são significativas ($p = 0,007$) tendo em conta as respostas assinaladas “sempre” e “muitas vezes”, consideradas para o cálculo dos impactos funcionais e psicológicos no OHIP, como referido anteriormente.

Comparando os indivíduos com dentição natural completa e indivíduos totalmente reabilitados com prótese, encontramos também diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,001$). Quem tinha dentição natural completa não referiu impactos na Qualidade de Vida (AIQ 0-2), enquanto que os indivíduos reabilitados com próteses relataram 7 impactos como valor mediano mas com AIQ (2-11) e AIQ (2-12), para portadores de prótese parcial e total, respectivamente.

Quanto à necessidade de prótese dentária, não registamos impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP para os indivíduos que não

necessitam de prótese ou que necessitavam de uma prótese parcial (AIQ 0-1). Quem necessitava de pelo menos uma prótese total referiu um impacto (AIQ 0-3) na Qualidade de Vida.

Analisando a necessidade de prótese, mas incluindo apenas os indivíduos que não usavam prótese alguma, os indivíduos que não necessitavam de prótese (neste caso são todos os indivíduos com dentição natural completa) não referiram impactos (AIQ 0-2) na Qualidade de Vida medidos pela soma dos 14 itens do OHIP, os que necessitavam de pelo menos uma prótese removível registamos uma mediana de 4 impactos (AIQ 1-11) e aqueles que necessitavam de pelo menos uma prótese total o número de impactos sobe para valores de 12.5 de mediana (AIQ 8-18). Nesta análise, tal como na anterior, as diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

9.6 Correlação do OHIP-14 com indicadores clínicos de cárie dentária e doença periodontal

No Quadro III.22 estão apresentados os resultados da análise tendo em vista verificar a correlação dos indicadores clínicos da situação periodontal e da cárie dentária com o OHIP e suas 7 subdivisões.

Quadro III.22: Coeficientes de correlação de Spearman entre indicadores clínicos da situação periodontal e cárie dentária e o OHIP com os 7 domínios, nos participantes no estudo ($n=359$).

	Nº de impactos Funcionais e Psicológicos no OHIP	Soma 14 Itens OHIP	Limitação Funcional	Dor Física	Desconforto Psicológico	Disfunção Física	Disfunção Psicológica	Disfunção Social	Incapacidade
Valor máximo apresentado nos Sextantes	0,152(**)	0,126(*)	0,207(**)	0,089	-0,058	0,178(**)	-0,075	0,028	-0,005
Nº de dentes Cariados	-0,051	0,019	-0,098	0,090	0,012	-0,013	-0,045	-0,031	0,016
Nº de dentes Perdidos	0,170(**)	0,149(**)	0,244(**)	0,090	-0,017	0,256(**)	-0,051	0,028	-0,061
Nº de dentes Obturados	-0,174(**)	-0,106(*)	-0,185(**)	-0,098	0,118(*)	-0,267(**)	0,179(**)	0,027	0,146(**)
CPO	0,154(**)	0,165(**)	0,221(**)	0,109(*)	0,014	0,250(**)	-0,013	0,029	-0,004

* Coeficiente de Correlação é significativo para um nível de significância de 0,05 (2-tailed).

** Coeficiente de Correlação é significativo para um nível de significância de 0,01 (2-tailed).

Situação periodontal

Verifica-se uma associação positiva entre a situação periodontal mais grave registada no indivíduo e o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP (0,152**). Da mesma forma, encontramos associação positiva quando analisamos a soma dos 14 itens do OHIP, mas menos significativa (0,126*).

Quando analisamos tendo em conta os domínios do OHIP, a situação periodontal mais grave tem uma associação positiva com limitação funcional (0,207**) e com disfunção física (0,178**), embora menos forte neste último caso.

Cárie dentária

Em relação à cárie dentária, o número de dentes cariados não demonstrou ter associação significativa no número de impactos medidos pelo OHIP nem considerando os seus 7 domínios.

O número de dentes perdidos, mostra uma associação positiva com o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP (0,170**) e com a soma dos 14 itens do OHIP (0,149**). A associação é mais forte nos domínios disfunção física (0,256**) e limitação funcional (0,244**).

Por outro lado o número de dentes obturados, mostra uma associação negativa com o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP (-0,174**) e com a soma dos 14 itens do OHIP (-0,106*) embora menos forte neste último caso. Analisando os domínios do OHIP, verificamos existir associação negativa nos domínios disfunção física (-0,267**), limitação funcional (-0,185**), mas essa associação é positiva nos domínios da disfunção psicológica (0,179**), incapacidade (0,146**) e no desconforto psicológico (0,118*), mas com menos significância.

O índice CPO, mostra uma associação positiva com o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP (0,154**) e com a soma dos 14 itens

do OHIP (0,165**). A associação é mais forte nos domínios disfunção física (0,250**), limitação funcional (0,221**) e dor física (0,109*) embora menos forte neste último.

9.7 Análise do OHIP-14 em função dos domínios do índice

No Quadro III.23 estão apresentados os resultados da análise tendo em vista verificar a correlação entre número de impactos funcionais e psicológicos e da soma dos 14 itens do OHIP, com as 7 subdivisões do índice que constituem as subescalas do OHIP.

Quadro III.23: Coeficientes de correlação de Spearman entre o número de impactos funcionais e psicológicos e da soma dos 14 itens do OHIP com as 7 subdivisões do índice, nos participantes no estudo ($n=359$).

	Limitação Funcional	Dor Física	Desconforto Psicológico	Disfunção Física	Disfunção Psicológica	Disfunção Social	Incapacidade
Nº de Impactos Funcionais e Psicológicos no OHIP	0,469(**)	0,549(**)	0,446(**)	0,634(**)	0,389(**)	0,445(**)	0,346(**)
Soma 14 Itens OHIP	0,654(**)	0,825(**)	0,683(**)	0,784(**)	0,637(**)	0,546(**)	0,569(**)

* Coeficiente de Correlação é significativo para um nível de significância de 0,05 (2-tailed).

** Coeficiente de Correlação é significativo para um nível de significância de 0,01 (2-tailed).

Verificamos uma associação positiva, com elevado nível de significância entre o número de impactos funcionais e psicológicos e a soma dos 14 itens do OHIP, com todos os domínios do OHIP.

No caso do número de impactos funcionais e psicológicos, essa associação é mais forte com o domínio disfunção física (0,634**), dor física (0,549**) e limitação funcional (0,469**).

Analisando a soma dos 14 itens do OHIP, a associação mais forte é verificada com os domínios dor física (0,825**), disfunção física (0,784**) e desconforto psicológico (0,683**).

No Quadro III.24 estão apresentados os resultados da análise tendo em vista verificar a correlação entre os 7 domínios que constituem as subescalas do OHIP.

Quadro III.24: Coeficientes de correlação de Spearman entre as 7 subdivisões do OHIP dos participantes no estudo ($n=359$).

	Limitação Funcional	Dor Física	Desconforto Psicológico	Disfunção Física	Disfunção Psicológica	Disfunção Social	Incapacidade
Limitação Funcional	1,000	0,442(**)	0,284(**)	0,435(**)	0,276(**)	0,260(**)	0,308(**)
Dor Física	0,442(**)	1,000	0,457(**)	0,674(**)	0,427(**)	0,341(**)	0,346(**)
Desconforto Psicológico	0,284(**)	0,457(**)	1,000	0,377(**)	0,762(**)	0,594(**)	0,511(**)
Disfunção Física	0,435(**)	0,674(**)	0,377(**)	1,000	0,324(**)	0,347(**)	0,350(**)
Disfunção Psicológica	0,276(**)	0,427(**)	0,762(**)	0,324(**)	1,000	0,606(**)	0,588(**)
Disfunção Social	0,260(**)	0,341(**)	0,594(**)	0,347(**)	0,606(**)	1,000	0,565(**)
Incapacidade	0,308(**)	0,346(**)	0,511(**)	0,350(**)	0,588(**)	0,565(**)	1,000

* Coeficiente de Correlação é significativo para um nível de significância de 0,05 (2-tailed).

** Coeficiente de Correlação é significativo para um nível de significância de 0,01 (2-tailed).

Verificamos uma associação positiva com elevado nível de significância entre todos os domínios do OHIP, sendo mais forte entre desconforto psicológico e disfunção psicológica (0,762*), dor física e disfunção física (0,674**) e disfunção psicológica e disfunção social (0,606**).

IV. DISCUSSÃO

IV. DISCUSSÃO

1. METODOLOGIA

1.1 Amostragem

O estudo foi realizado em pessoas com idade de 60 anos ou mais, tida como referência nos estudos que serviram de base ao desenvolvimento do OHIP^{65, 82, 87} e usados por muitos autores^{91, 109, 212-214}.

O cálculo de amostra foi obtido com o objectivo de detectar diferenças significativas na correlação entre o índice CPO e OHIP. Estudos anteriores encontraram uma correlação de 0.12 entre o índice CPO e OHIP²¹⁵. Para um nível de significância de 0.05, seriam necessários 350 participantes para detectar uma correlação de $r=0.15$ ($r^2=0.023$) entre o índice CPO e OHIP, com um poder de 80%. Com o objectivo de atingir estes valores observamos um total de 359 indivíduos.

Apesar das amostras probabilísticas resultarem na obtenção de dados mais próximos da realidade, permitindo a sua extrapolação para toda a população, elas apresentam algumas desvantagens operacionais, uma vez que requerem mais tempo e mais recursos financeiros e humanos, dificultando a sua realização. Após diversos contactos com Centros de Dia e Lares de Terceira Idade, e ultrapassados alguns obstáculos, tivemos acesso a populações integradas em regiões geográficas distintas: interior e litoral do Norte de Portugal. Deste modo, a amostra em estudo, foi uma amostra de conveniência²¹⁶.

Incluímos no nosso estudo, indivíduos funcionalmente activos, independentes ou parcialmente dependentes e, uma vez que seria necessário responder a questionários de auto-percepção, integramos unicamente aqueles

indivíduos que demonstraram capacidade de compreensão às perguntas efectuadas.

A necessidade de existência de condições logísticas mínimas para a recolha de dados relativos à cárie dentária e à doença periodontal poderia constituir um obstáculo à execução do estudo nos estabelecimentos envolvidos. Tal facto não se veio a verificar, devendo mesmo ser salientada a disponibilidade dos elementos dos estabelecimentos que visitamos, ao nos facultarem salas com boas condições de iluminação natural e apoiando-nos no desenrolar de todo o trabalho (selecção, chamada e encaminhamento dos participantes).

1.2 Ficha de recolha de dados

A recolha de dados foi feita através de questionário e de exame clínico dos participantes.

1.2.1 Questionário

A resposta às perguntas do questionário não ofereceu, em geral, dificuldade aos participantes, pelo que a formulação das questões nos pareceu adequada e acessível à população da amostra.

A base de dados criada a partir da ficha utilizada (anexo 2) serviu para a execução de um outro estudo, pelo que, só algumas questões presentes nessa ficha e que de seguida descrevemos foram usadas como elementos de estudo neste trabalho. Todas as variáveis foram transformadas em variáveis categóricas, após ter sido definida a sua operacionalização (anexo 4).

Variáveis relacionadas com condições demográficas

Para caracterização da amostra foi registado o sexo dos indivíduos, a idade no acto do exame e o nível sócio-económico.

Na sociologia, não existe consenso sobre o conceito de classe social, mas em epidemiologia grande parte dos autores reporta-se a algumas definições para explicar fenómenos de saúde-doença na perspectiva da sua determinação social. No nosso estudo, aplicamos a classificação social internacional de Graffar²⁰⁸, que resulta da conjugação das respostas dadas às questões sobre nível de escolaridade, actividade profissional e características da habitação, sendo os participantes integrados numa das cinco classes sociais que a escala de Graffar modificada considera (classe social 1, 2, 3, 4 e 5). Foi organizada em classe social alta, média e baixa para facilitar a alocação de um indivíduo a determinada classe social (anexo 4). Considerou-se importante classificar os indivíduos segundo a classe social, pois as doenças que afectam as pessoas não podem ser explicadas somente pelos factores biológicos que as caracterizam, uma vez que a Qualidade de Vida, decorrente dos aspectos sociais, económicos, políticos e culturais de uma sociedade, é um determinante essencial.

Variáveis relacionadas com os cuidados de Saúde Oral:

A data da última visita ao dentista (ano e mês), foi registada com alguma dificuldade. Foi categorizada em intervalo superior ou inferior a um ano, tendo como referência a periodicidade mínima geralmente aconselhada para visitas regulares ao dentista^{217, 218}, e um outro grupo incluindo indivíduos que nunca visitaram o dentista ou o fizeram há mais de 3 anos, indicando, de alguma forma, a falta de atenção com a Saúde Oral. Interessava saber há quanto tempo o participante tinha recebido a última intervenção na cavidade oral e de que modo o padrão de procura de assistência médico-dentária influenciaria a Qualidade de Vida.

Foi também registado o motivo pelo qual recorriam usualmente ao médico dentista (rotina, dor/urgência ou prótese). Estas são as motivações que mais frequentemente levam os idosos à procura de serviços dentários²¹⁹ e são as citadas por outros autores em estudos que pretendem verificar a associação com a Qualidade de Vida^{220, 221}.

Variáveis relacionadas com a auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral:

A avaliação de presença de boca seca teve em conta apenas a avaliação feita pelo indivíduo. Desta forma incorpora a perspectiva do paciente face a uma alteração importante da Saúde Oral e constitui uma medida da dimensão funcional e psicossocial da saúde²²².

A percepção que a pessoa tinha da sua condição oral foi outro dado pesquisado no estudo. Trata-se de um indicador importante de Saúde, pois sintetiza desde a condição de saúde objectiva até respostas subjectivas, valores e expectativas culturais⁵⁰. A auto-percepção foi feita em relação à Saúde Oral, dentes e gengivas. A necessidade de tratamento médico-dentário foi igualmente submetida a auto-avaliação pelos participantes.

A concordância entre as necessidades definidas clínica e subjectivamente não é grande, por isso pode-se argumentar a utilidade das medidas subjectivas e, em especial, da auto-percepção¹⁴³. Os inquéritos de auto-percepção da Saúde Oral, mostram a importância que o médico tem em ouvir o seu paciente, respeitando o que ele acha bom ou mau para a sua Qualidade de Vida. Constituem indicadores subjectivos, cujo objectivo é captar aspectos sociais e psicológicos das doenças orais, superando assim as limitações das abordagens baseadas apenas no modelo biomédico, no qual a saúde é a ausência da doença²²³.

Estes indicadores subjectivos, mais do que instrumentos de diagnosticar doenças, podem e devem ser usados como um instrumento de avaliação que complementa as informações clínicas e possibilita identificar pessoas ou populações que necessitam de acções curativas, preventivas ou educativas e, por isso, os questionários de auto-percepção são fortes aliados na construção de programas de Saúde⁵⁰.

1.2.2 Exame clínico

Desde a década de 80 vários autores estudaram a Qualidade de Vida associada à Saúde Oral, tendo em conta alguns indicadores clínicos de Saúde Oral, nomeadamente cárie dentária, doença periodontal e situação protética^{118, 224-228}.

No nosso estudo, os dados recolhidos através do exame clínico referentes à cárie dentária, foram medidos pelo Índice CPO. Para registo da situação periodontal utilizamos o índice CPI e a situação protética foi registada tendo como base os critérios recomendados pela OMS²⁰⁹. Estes índices, ainda que apresentem algumas limitações, são internacionalmente aceites e utilizados, e são dos mais aplicados em levantamentos epidemiológicos, permitindo a sua escolha comparar os nossos resultados com os de outros estudos envolvendo outras populações em épocas e contextos culturais diferentes.

1.2.3 Medir Qualidade de Vida

O desenvolvimento dos indicadores subjectivos, baseados na percepção individual de saúde/doença, que relacionam problemas orais com a Qualidade de Vida surgiram da necessidade de conhecer a condição de Saúde percebida subjectivamente e do impacto dos problemas de saúde oral sobre a Qualidade de Vida^{7,87}.

O conceito de Saúde percebida subjectivamente originou-se no movimento da promoção da Saúde, em 1974, e desvinculou a noção de Saúde da ausência de doença. Saúde e doença passaram a ser compreendidas como entidades distintas, pluridimensionais e, portanto, não mensuráveis por escala linear unidimensional. A Saúde foi definida como uma dimensão da Qualidade de Vida³.

A medição dos efeitos das doenças e condições orais no bem-estar social pode ser de grande valor para investigadores, planeadores de Saúde e prestadores de cuidados de Saúde Oral. Tradicionalmente, os indicadores de necessidade percebida têm sido destinados à população adulta/idososa.

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para mensurar necessidades percebidas e o impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida, o questionário perfil de impacto de saúde oral (*Oral Health Impact Profile - OHIP*) é um dos mais amplamente utilizados em vários estudos, em diferentes culturas e perfis sócio-demográficos. É um indicador subjectivo que foi desenvolvido para fornecer uma medida abrangente das disfunções, desconforto e incapacidade auto-avaliada, atribuída à condição oral, complementando assim a informação obtida através dos indicadores tradicionais de epidemiologia de doenças clínicas orais e, desse modo, fornecendo informações da percepção sobre o impacto dos problemas orais da população e da eficácia dos serviços de saúde em reduzir esse mesmo impacto.

O OHIP foi desenvolvido e testado em 1994 na Austrália por Slade e Spencer numa população adulta com 60 anos e mais de idade⁶⁵. O índice trabalha com sete dimensões do impacto: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, disfunção física, disfunção psicológica, disfunção social e incapacidade para a realização de actividades quotidianas.

Originalmente continha 49 itens (OHIP-49) distribuídos por sete dimensões num questionário respondido com uma escala do tipo de Lickert, com cinco opções que variam de “nunca” até “frequentemente”⁶⁵. A consolidação dos dados pode ser feita em escala discreta, ou atribuindo-se pesos a cada intervalo da escala, entre zero e quatro pontos¹⁷.

Posteriormente Slade realizou um estudo com o objectivo de produzir uma versão reduzida do OHIP-49, mantendo a sua confiabilidade e validade. A partir do questionário original, foram seleccionados catorze itens, que se apresentaram eficazes na detecção das associações clínicas e sócio-demográficas, sugerindo que o instrumento poderia ser utilizado para

quantificar níveis de impacto. Foi então publicado numa versão reduzida com 14 itens (OHIP-14)⁸⁷.

O OHIP foi desenvolvido no idioma inglês e em contexto cultural diferente. As propriedades psicométricas dos instrumentos para recolha de dados sociais estão dependentes do contexto cultural e linguístico em que estão a ser utilizados²²⁹

Para verificar a adaptação do indicador ao contexto cultural brasileiro e ao idioma português, Almeida realizou a tradução transcultural²⁰⁷. Efectuou a validação semântica do instrumento traduzido, num teste piloto em várias faixas etárias de utentes de serviços de saúde e, posteriormente, testou as propriedades psicométricas do instrumento em amostras de população adulta e idosa.

A tradução transcultural da versão OHIP-14 para o idioma português foi realizada e validada em 2004 por Almeida⁹⁴. Em 2005 Oliveira, avaliou as propriedades psicométricas da versão Brasileira do OHIP-14⁹⁵.

Apesar das diferenças culturais entre Portugal e Brasil, a língua portuguesa não difere muito entre os dois países. Além disso, Portugal recebeu ultimamente muito contacto com o povo brasileiro causado pela imigração e pelos programas televisivos importados do Brasil. Por se considerar que a diferença na linguística dos dois países não impedia o entendimento das questões, foi utilizada a versão brasileira do índice OHIP-14 com pequenas alterações para o português de Portugal, sendo a nossa preocupação mais o respeito pela oralidade portuguesa do que questões ortográficas ou gramaticais.

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados foram calculados tendo em conta os casos válidos, ou seja, todos os casos que satisfaziam as condições das hipóteses testadas, excluindo os casos que não responderam a determinada questão.

A amostra incluiu sobretudo indivíduos de classe socio-económica média-baixa (81%). Parece-nos que esta situação se poderá relacionar directamente com a tipologia da população que habitualmente frequenta os lares e centros de dia que constituíram a amostra de conveniência utilizada no estudo. A participação feminina (67%) foi significativamente superior à masculina, provavelmente justificada pela sobremortalidade registada nos homens. Esta predominância de indivíduos do sexo feminino verificou-se também noutros estudos portugueses^{200,160,163, 168,167}.

2.1 Dados obtidos pelo exame clínico

As condições clínicas orais dos indivíduos observados não foram satisfatórias, de acordo com os vários indicadores clínicos utilizados, porém não diferem dos encontrados em outros estudos portugueses^{163, 169}.

A cárie dentária foi medida pelo índice CPO que mostrou grande prevalência desta doença. O índice foi de 20,8 sendo que, em média, cada indivíduo tinha 17 dentes perdidos por cárie, evidenciando situações onde o tratamento restaurador falhou ou não chegou a existir.

Em relação à condição periodontal, confrontamo-nos, através do CPI, mais uma vez o problema da perda dentária, uma vez que, 30% dos indivíduos tinha todos os sextantes excluídos, ou seja, com menos de dois dentes remanescentes para exame. Os indivíduos com dentes naturais possuíam em média 3 sextantes excluídos e apenas 28% dos sextantes válidos para registo do CPI estavam sãos. Analisando a amostra mediante a condição periodontal mais grave apresentada, registamos a presença de bolsas periodontais em 24% dos indivíduos mostrando a gravidade da doença periodontal e a necessidade de tratamento periodontal complexo. Admitimos que a realidade da doença periodontal poderá ter ficado sub-avaliada uma vez que nos deparamos com grande perda dentária.

A análise do uso e necessidade de prótese indicou que a reabilitação oral não era adequada. A percentagem de desdentados totais (25%) reflecte a elevada perda dentária e o facto de 27% destes não usarem próteses dentárias

aponta para o fraco atendimento médico na reabilitação oral. Aliás, a necessidade de próteses dentárias é igualmente detectada mesmo em indivíduos com dentes naturais, onde a perda dentária implica a necessidade de pelo menos uma prótese total ou parcial, respectivamente em 17 e 42% dos indivíduos.

De acordo com os objectivos propostos para o nosso estudo, pretendeu-se analisar a relação de indicadores clínicos com a auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral, assim como a sua relação com um indicador subjectivo que mede os impactos das condições orais na Qualidade de Vida (OHIP-14).

2.2 Auto-percepção e auto-avaliação da Saúde Oral

Os resultados encontrados no nosso estudo revelaram que os indivíduos, de forma geral, fizeram uma avaliação positiva da sua Saúde Oral. A auto-avaliação da situação da cavidade oral aparentemente contrasta com o exame clínico pois a pessoa teve uma visão positiva, enquanto os dados clínicos não foram considerados satisfatórios. Este facto revela que o paciente avalia a sua condição oral com critérios diferentes do profissional, levando em consideração principalmente factores dolorosos ou incómodos e estéticos²³⁰. Normalmente, os indivíduos dão maior importância aos sintomas e aos impactos funcionais e psicossociais das doenças orais do que aos sinais visíveis da doença⁶².

Estas atitudes justificam o facto de os indivíduos não indicarem existir problemas com as gengivas na presença dos primeiros sinais indicadores de doença periodontal, como são a presença de sangramento gengival e de tártaro que, por norma, não causam grandes incómodos. De facto, na presença destas condições, a grande maioria dos indivíduos avaliou positivamente a sua Saúde Oral o que demonstra falta de informação para o reconhecimento dos primeiros sinais de alerta de doença e a influência de factores culturais que consideram “natural” a hemorragia na escovagem.

Ao analisarmos a associação entre a avaliação que os participantes fizeram da sua Saúde Oral e os resultados obtidos pela observação clínica das condições da cavidade oral, verificamos que os indivíduos consideraram ter a pior Saúde Oral nas situações periodontais mais graves, de presença de bolsas, que representam condições causadoras de dor e desconforto.

Na amostra verificamos que cerca de metade (52%) dos indivíduos que afirmaram terem uma Saúde Oral “boa” ou “excelente” apresentaram algum sinal clínico de doença periodontal e dos indivíduos que afirmaram não terem problemas gengivais, 85% apresentou algum sinal de doença periodontal, o que alerta para a necessidade de programas educativos e preventivos nestas populações.

Não detectamos associação significativa entre o índice CPO e a avaliação que a pessoa fez da sua Saúde Oral.

Mesmo com um valor de Índice CPO elevado (20,8), 59,6% dos indivíduos declarou não ter problemas com os dentes provavelmente porque a quantidade de dentes perdidos foi elevada (17,08). Autores como Giddon²³¹, Leão e Sheiham²³², Matthias²³³ já tinham observado nos seus estudos que o índice CPO não apresenta uma associação forte com a auto-avaliação das condições de Saúde Oral, pois considera o mesmo peso para os dentes cariados, obturados e perdidos. Portanto neste tipo de estudo, tem mais significado realizar análise dos componentes do índice.

Quando analisado o índice por componente verificamos que, quem tinha mais dentes cariados, considerou ter pior Saúde Oral e por outro lado, quem tinha mais dentes obturados referiu ter melhor Saúde Oral, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados apontam mais uma vez para o peso que os factores que interferem no bem-estar do indivíduo por causarem dor, incómodo ou serem inestéticos, têm na percepção de problemas dentários. De facto, quando analisamos os resultados tendo em conta a observação clínica, verificamos que a percepção de problemas com os dentes teve uma associação positiva com o número de dentes cariados, ou seja, quem relatou ter problemas com dentes apresentou maior número de dentes cariados do que

aqueles indivíduos que reponderam negativamente à questão. Por outro lado, registamos que os indivíduos que afirmaram não ter problemas com os dentes, tinham maior número de dentes perdidos, o que nos parece estar relacionado com o facto de que só se pode atribuir algum problema aos dentes na sua presença e não estávamos a inquirir os problemas decorrentes da sua ausência.

O número de dentes obturados não mostrou associação com a auto-percepção de problemas com os dentes, possivelmente porque ao restabelecer a forma e função dentária eliminam-se factores de desconforto.

Estas discrepâncias entre os indicadores clínicos e a percepção da condição oral em idosos foram encontradas também por outros autores, sendo a diferença geralmente maior na avaliação de doenças periodontais do que nas doenças dentárias^{153, 156}. De acordo com estes autores, a conclusão que também obtivemos, os sintomas dolorosos interferem nas actividades diárias, sendo mais facilmente reconhecidos e significativamente associados com a percepção das necessidades.

No que respeita ao número de dentes perdidos, analisamos os dados da auto-avaliação da Saúde Oral, mas tendo em conta também o uso e a necessidade de prótese dentária. Tivemos como referência o número de 20 dentes, tal como preconiza a OMS¹³⁹ como número mínimo de dentes presentes para uma mastigação satisfatória e que serve de base ao conceito de arcada dentária encurtada (*shortened dental arch*)²³⁴.

A auto-avaliação da Saúde Oral mostrou associação positiva com o número de dentes presentes sendo que, quem tinha mais de 20 dentes fez uma avaliação mais positiva do que os indivíduos que tinham menos de 20 dentes mas, em ambos os casos, a avaliação foi pior se o indivíduo não tinha qualquer prótese, indicando a melhoria da avaliação com a reabilitação protética. Esta tendência foi verificada igualmente nos indivíduos desdentados totais onde a ausência de prótese contribuiu para uma pior avaliação da sua Saúde Oral, apesar de os mesmos terem feito uma avaliação positiva mesmo sem prótese, podendo-se apontar factores culturais onde existe uma tendência

em aceitar a precaridade da Saúde Oral nos idosos como normal, levando ao abandono dos cuidados de Saúde Oral, sendo que a desdentação é considerada uma consequência natural do envelhecimento²³⁵.

Os indivíduos dentados (sem prótese) fizeram uma melhor avaliação da Saúde Oral comparativamente aos portadores de alguma prótese dentária. Cerca de 30% dos indivíduos reabilitados com prótese, parcial ou total, consideraram ter “má” Saúde Oral podendo apontar para a qualidade das próteses usadas, mas não avaliamos nenhuma característica que permitisse fazer esse julgamento. Outra interpretação possível poderia ser que quem se reabilita, tem maiores expectativas pessoais e/ou culturais de Saúde Oral, do que quem não o faz.

Quem não necessitava de reabilitação protética fez uma melhor avaliação da sua Saúde Oral. Os participantes que necessitavam de pelo menos uma prótese parcial removível fizeram uma avaliação mais positiva comparativamente com aqueles que necessitavam de prótese total, apontando para o impacto da perda de dentes na Saúde Oral e necessidade de reabilitação protética.

Outros estudos sobre auto-percepção já tinham mostrado que a maioria das pessoas vê a sua condição oral de maneira favorável mesmo com condições clínicas não satisfatórias, provavelmente porque as medidas clínicas de Saúde, utilizadas pelo profissional, são preditores relativamente fracos da percepção da Saúde Oral das pessoas.^{140,233,140, 144, 152}

Os resultados deste estudo e de outros mostraram que existe relação entre a percepção da condição oral e algumas variáveis clínicas, mas que se trata de uma associação relativamente fraca^{236,156,64,141}. De acordo com Jokovic e Locker, uma das razões para a fraca associação entre as variáveis clínicas e a auto-avaliação deve-se ao facto que muitas das doenças detectadas no exame clínico serem assintomáticas e provavelmente desconhecidas do indivíduo¹⁴⁴. Ainda segundo os mesmos autores, o impacto da perda de dentes na Saúde Oral pode ser positivo ou negativo, dependendo da condição em que se encontrava esse dente aquando da sua extracção²³⁷. A

extracção total dos dentes representa, muitas vezes, uma solução definitiva para a questão da dor²³⁸.

No nosso estudo, verificamos que na auto-avaliação, os indivíduos fizeram pior avaliação da sua Saúde Oral nas situações em que a avaliação clínica indicava piores condições periodontais, maior número de dentes cariados, menos dentes obturados, reabilitação oral com prótese e necessidade de prótese dentária.

Vários trabalhos foram realizados para comparar os dados clínicos obtidos pelo profissional e a auto-percepção do paciente sobre a sua condição oral. Reisine e Bailit referem, como resultados do seu estudo, que a proporção de pessoas que avaliavam a sua condição oral como positiva diminuía à medida que aumentava o número de dentes cariados ou perdidos, ou a condição periodontal piorava⁵⁸. De todas as variáveis utilizadas no estudo, a quantidade de dentes perdidos foi a variável mais importante na percepção da condição oral, porém a associação foi fraca. Resultados semelhantes estão descritos por outros autores^{141, 144, 151, 232, 233}.

Para Locker e Miller, Saúde é um estado percebido subjectivamente e a validade da auto-percepção não deve ser baseada na sua associação ou ausência de associação com os indicadores clínicos²²³. Matthias afirmou que a percepção é uma medida mais de “Saúde” do que de “morbilidade”, que é a base das avaliações clínicas, e, portanto, é necessário reconhecer que medidas de Saúde e Doença são qualitativamente diferentes e têm implicações diferentes²³³.

Os resultados obtidos no exame clínico do nosso estudo indicam a necessidade de maior atenção em Saúde Oral e, atendendo a que se trata de uma população de classe sócio-económica média/baixa, essa intenção poderá estar no âmbito dos cuidados dos serviços públicos de Saúde, atitudes a tomar em concordância com outros autores²³⁹ que indicam a necessidade de implementação não só de atendimento curativo e reabilitador, que tem alto custo, mas principalmente o desenvolvimento de acções preventivas e

educativas, pois, as principais doenças da boca podem ser consideradas doenças do comportamento e, conseqüentemente, do estilo de vida da pessoa.

Os valores e crenças são elementos culturais determinantes das pessoas em relação à sua Saúde Oral. A promoção de Saúde e conseqüente mudança de comportamento é facilitada pela educação, tendo os profissionais de Saúde papel importante para motivar, educar e assessorar os seus pacientes, mostrando-lhes os cuidados que devem ter com a boca e de realizarem periodicamente um auto-exame de tecidos moles²³⁵. É preciso consciencializar as pessoas que a falta de dentes, o sangramento gengival, as próteses mal ajustadas e outros tipos de lesões não são normais ou inevitáveis, mas sim, são problemas que podem ser tratados e prevenidos.

2.3 Auto-avaliação da necessidade de tratamento dentário

Cerca de metade dos participantes (51,2%) no nosso estudo referiu ter necessidade de recorrer a tratamento dentário que é uma proporção superior à encontrada recentemente em estudos nos Estados Unidos (46%)²⁴⁰ e Sri Lanka (43%)²⁴¹ mas inferior à registada num estudo no Brasil (55%)²⁴². Atendendo às grandes diferenças das políticas de saúde e realidades culturais entre os países, estes resultados captam as necessidades relatadas pelos indivíduos e proporcionam informações complementares ao exame clínico, permitindo uma visão integral do paciente nos conceitos actuais de saúde e de importância no planeamento de acções para que sejam efectivas e que vão de encontro aos anseios das populações^{50, 215}.

Gilbert¹⁵³, avaliou a percepção da necessidade de tratamento dentário em idosos levado em consideração os sinais e sintomas das doenças orais, os problemas psicossociais decorrentes da condição oral e outros factores que podem afectar a percepção da necessidade de tratamento odontológico. Os resultados mostraram que as pessoas percebiam a necessidade de tratamento a partir de sinais e sintomas específicos e não a partir de uma avaliação geral da sua saúde dentária e periodontal. Grande parte das pessoas relatou sinais e sintomas orais que, considerados do ponto de vista profissional, eram

suficientes para indicar a necessidade de tratamento, mas não do ponto de vista das pessoas.

De facto, no nosso estudo, apesar de os indivíduos terem feito uma avaliação positiva da sua Saúde Oral, analisando os dados da percepção das necessidades de tratamento dentário, tendo em conta a situação periodontal apresentada ao exame clínico, verificamos que a maioria dos participantes reconheceu a necessidade de recorrer ao dentista para tratamento, fosse qual fosse a situação patológica periodontal presente, mas com maior expressão na presença de bolsas periodontais profundas (90%), bolsas periodontais superficiais (68%) e sangramento gengival (66%).

A auto-percepção da necessidade de tratamento reflecte, em parte, o impacto que a doença tem sobre os indivíduos, evidenciando o grau das deficiências e as disfunções decorrentes da condição de saúde, assim como das percepções e das atitudes dos indivíduos a respeito dessa condição^{243, 244}. Como referido anteriormente, de modo geral, os indivíduos dão maior importância aos sintomas e aos impactos funcionais e psicossociais das doenças orais do que aos sinais visíveis da doença⁶².

A associação positiva entre dor e auto-percepção da necessidade de tratamento é frequente na literatura^{241, 245, 246}. Esse achado também foi evidenciado no presente estudo, pois a percepção da necessidade de tratamento dentário foi associada à condição dentária, na medida em que os indivíduos que referiram necessidade de recorrer ao dentista para tratamento apresentaram maior número de dentes cariados que são situações frequentemente acompanhadas por dor e desconforto. Resultados similares foram obtidos noutros estudos^{240, 241, 246} evidenciando que a auto-percepção da necessidade de tratamento odontológico entre os idosos é influenciada preponderantemente pela auto-percepção negativa de diversos aspectos da Saúde Oral.

Um componente importante da auto-percepção da necessidade de tratamento é o uso de serviços dentários. De facto, vários estudos mostraram que a auto-percepção é influenciada pelo uso de serviços, sendo maior entre

os que usam os serviços médico-dentários^{125, 153, 247}. O uso influencia a percepção e vice-versa.

Gift²⁴³ propôs um modelo teórico para a compreensão geral da percepção da Saúde Oral em 1998, fundamentado em modelos sociológicos de interação e no modelo comportamental de saúde de Andersen & Davidson (1997)²⁴⁸. Segundo o modelo de Gift, a auto-percepção da necessidade de tratamento é resultante da condição da Saúde Oral do indivíduo (número de dentes cariados, perdidos e obturados – índice CPO, condição periodontal, necessidades de tratamento definidas clinicamente). O modelo proposto sugere que a auto-percepção é, hipoteticamente, determinada pelas orientações recebidas nos serviços de saúde.

No nosso estudo este facto pode explicar que os indivíduos que indicaram maior percepção de necessidade de tratamento dentário tinham, mais dentes presentes e maior número de dentes obturados apontando para uma maior atenção para os cuidados de Saúde Oral. Estes resultados estão de acordo com os de outros estudos como, por exemplo, o efectuado por Giddon, que avaliou a relação entre a percepção da pessoa sobre a condição dos seus dentes e a necessidade de tratamento dentário²³¹. Concluiu que os dentes cariados tiveram maior correlação com a percepção da condição dentária enquanto que os dentes restaurados apresentaram maior correlação com a percepção das necessidades de tratamento. Por outro lado, os idosos desdentados apresentaram menor frequência de auto-percepção da necessidade de tratamento dentário, possivelmente reflectindo uma certa acomodação à situação de desdentado.

As pessoas utilizam critérios diferentes dos utilizados pelo médico dentista para avaliar a sua Saúde Oral. Kay representou graficamente o relacionamento entre as necessidades definidas clinicamente e subjectivamente (Figura IV.1)²⁴⁹.

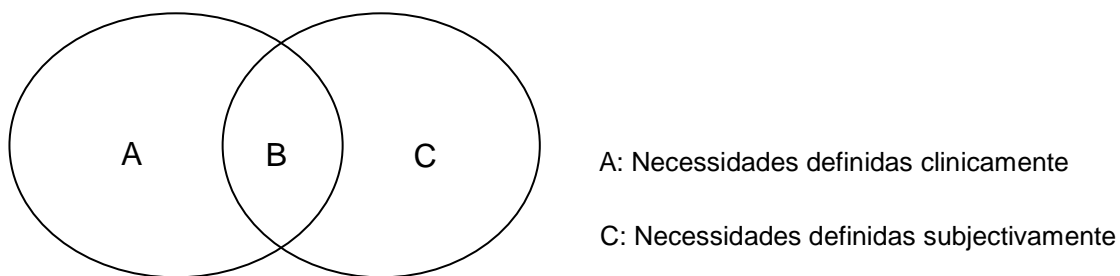


Figura IV.1: Representação gráfica das necessidades clínicas e subjectivas de cuidados médico-dentários (Kay, 1993²⁴⁹)

O segmento B, formado pela sobreposição do círculo A com o círculo C, representa os casos em que há concordância entre os dois tipos de julgamento. Como esta concordância não é grande, facto relatado por vários autores em estudos que avaliaram a discrepância entre a auto-percepção da necessidade de tratamento e as necessidades definidas clinicamente^{58, 153, 245}, pode-se argumentar a utilidade das medidas subjectivas, em especial, da auto-percepção.

Se o objectivo for identificar todas as pessoas que apresentam necessidades de tratamento definidas clinicamente, os indicadores subjectivos não são, com certeza, um bom instrumento de avaliação. No entanto, como assinalaram Locker e Jokovic, em tempos de escassez de recursos pode ser muito mais importante identificar subgrupos que necessitam de maior atenção do que todas as pessoas¹⁴³. Consequentemente, saber se estas medidas são ou não úteis depende dos propósitos e dos objectivos do estudo.

Nos países onde as pessoas têm acesso a serviços públicos de Medicina Dentária, os estudos sobre auto-percepção são realizados com o objectivo de detectar as pessoas que necessitam de encaminhamento aos serviços, bem como de avaliar os tratamentos recebidos¹³⁸. Em Portugal, que praticamente não oferece esses serviços na área pública, os estudos sobre a auto-percepção podem ser mais importantes na área educativa, pois são questões ligadas ao auto-diagnóstico e auto-cuidado e podem fornecer informações sobre a necessidade de intervenção nessa área. Dessa forma,

será possível melhorar a capacidade dos indivíduos de realizarem o auto-exame oral e identificar precocemente sinais e sintomas não dolorosos das doenças orais, assim como associá-los à necessidade de tratamento odontológico.

Na eventualidade de mudança política de Saúde Oral, estes trabalhos poderão contribuir para o planeamento e/ou motivar mudanças nas políticas de serviços de Saúde Pública.

2.4 Propriedades psicométricas do indicador OHIP-14

Os indicadores de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral utilizados em estudos descritivos devem ter as seguintes propriedades psicométricas: precisão e validade. Devem também ser simples, objectivos e passíveis de tratamento estatístico^{16, 211}.

2.4.1 Precisão do índice OHIP

Para avaliar a precisão do índice OHIP testou-se a consistência interna. Esta define-se como a “proporção da variabilidade das respostas que resulta das diferenças dos indivíduos inquiridos”. Isto é, as respostas diferem, não porque o questionário seja confuso e sujeito a diferentes interpretações pelos indivíduos, mas porque os inquiridos têm diferentes opiniões²⁵⁰.

A consistência interna foi testada através do teste Alfa de Cronbach. Este teste mede o poder de inter-relação dos vários itens de uma escala. Mostra em que medida os indivíduos que responderam positivamente a um item, também responderam positivamente a outros itens relacionados.

Os resultados de Alfa de Cronbach de 0,60 ou mais indicam boa precisão mas um resultado superior a 0,80 demonstra uma excelente precisão^{80, 251}. O valor de 0,70 é considerado como o valor mínimo de padrão para estudos clínicos e para estudos de comparação entre indivíduos²¹¹. O Alfa de Cronbach do nosso estudo foi de 0,87, indicando que a escala teve excelente precisão. Este valor é próximo do encontrado no estudo inicial do

índice OHIP-14 realizado por Slade em 1997 ($\alpha=0,88$)⁸⁷. A análise das propriedades psicométricas da versão do índice traduzido para a língua portuguesa por Oliveira refere um valor de $\alpha=0,91$ ⁹⁵. Noutros estudos o Alfa de Cronbach variou entre 0,79¹⁰³ e 0,95⁹¹.

No nosso estudo, as correlações entre cada questão e o total variam entre 0,361 e 0,656, deste modo todos os valores foram acima de 0,2, tido como valor mínimo recomendado para incluir um item numa escala⁸⁸.

Quando o Alfa de Cronback foi calculado após eliminação de um item, constatou-se que o valor de Alfa seria sempre menor do que o valor inicial, indicando perda de consistência interna da escala se esse item fosse eliminado.

2.4.2 Validade do Índice OHIP

A validade de um índice pressupõe a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade do construto.

A validade de conteúdo traduz em que forma a medição incorpora os domínios do fenómeno em estudo, ou seja, por exemplo, se inclui todos os domínios considerados no modelo de Locker. O índice inclui questões sobre a limitação funcional, dor e desconforto, incapacidade e a desvantagem. Sendo assim, considerou-se que o índice era adequado para detectar a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral, já que abrangia todos os domínios desse modelo, tal como referido por Slade nos seus trabalhos de validação do índice OHIP⁸⁷.

A validade de critério é normalmente testada pela avaliação das associações do índice com outros indicadores subjectivos de Saúde Oral, que medem o mesmo critério. Os indicadores mais utilizados para comparação são a auto-avaliação da Saúde Oral, a auto-percepção da necessidade de tratamento, o índice de mastigação, a escala de dor, índices que medem os problemas relacionados com a comunicação e alimentação e a satisfação com o estado de Saúde Oral^{76, 80, 251, 252}. No nosso estudo, a validade de critério foi

verificada pela associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o índice OHIP e outro indicador subjectivo de Saúde Oral, neste caso a auto-avaliação da Saúde Oral (Quadro III.19, pág. 95).

A validade de constructo permite saber em que forma a medição corresponde ao conceito teórico. Testa-se pela associação entre o índice em estudo e índices indicadores de Saúde Oral já conhecidos, como por exemplo o número de dentes presentes, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO) e o índice periodontal (CPI)^{82, 253}. O estudo da validade de construto é útil para o entendimento do significado de uma medida quando não existe nenhuma medida de critério disponível. Tendo em conta que, no presente estudo, o índice mostrou ter uma elevada validade de critério não foi considerada necessária a verificação da sua validade de constructo.

2.5 Aplicação do questionário OHIP-14

O questionário OHIP tem sido amplamente aplicado em estudos envolvendo pessoas de 60 anos e mais de idade desde a sua publicação em 1994^{87, 88, 91, 109, 213, 228, 254}.

O índice constitui uma variável subjectiva que pode ser definido como uma relação de problemas orais avaliados pela pessoa⁶⁵.

Os valores do questionário OHIP-14 variam entre 0 (resposta “nunca” [0] nos 14 itens) e 56 (resposta “sempre” [4] nos 14 itens). Os participantes do nosso estudo registaram, no geral, poucos impactos no seu dia-a-dia, tendo 50% dos indivíduos referido 6 impactos (AIQ 2-12) associados a problemas de Saúde Oral.

Agora, analisando os impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP (consideramos apenas as respostas “sempre” e “quase sempre”), os indivíduos relataram igualmente poucos impactos associados a problemas de Saúde Oral (med 0; AIQ 0-1) sendo o domínio mais referido o da dor física e, dentro deste principalmente o “desconforto ao comer”, e o da disfunção física sobretudo a “dieta insatisfatória”. Alguns autores argumentam que, apesar de

os idosos terem problemas orais, eles referem poucos impactos negativos em relação aos aspectos psicossociais da sua vida, porque tendem a atribuir um valor positivo aos seus dentes⁶⁸.

Ao analisarmos a frequência de distribuição das respostas dadas ao questionário (Figura IV.2), verificamos que os impactos no dia-a-dia associados a problemas de Saúde Oral que mais frequentemente foram referidos pelos participantes foram desconforto ao comer alimentos (59%), dieta insatisfatória (52%), dor (50%), interrupção das refeições (35%), alteração no paladar (34%), dificuldade em pronunciar palavras (33%).

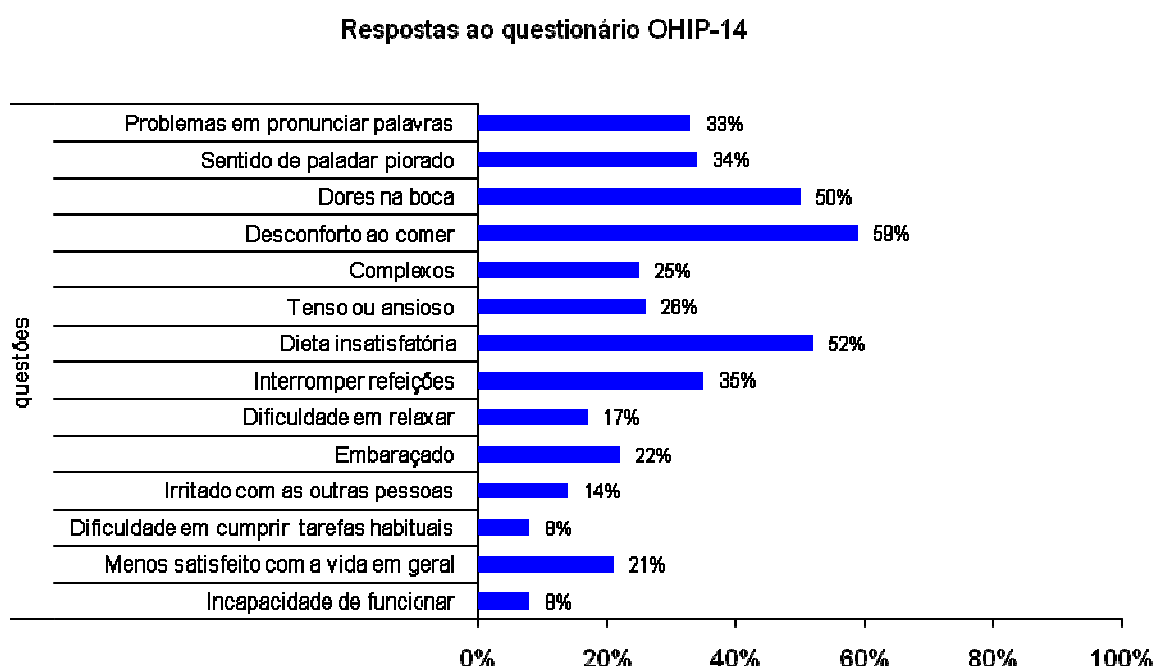


Figura IV.2: Respostas ao Questionário OHIP-14.

Os impactos menos referidos foram aqueles associados a questões relacionados com capacidade de cumprir tarefas habituais (8%) e incapacidade de funcionar (8%).

O nosso estudo confirma as conclusões de outros^{79, 111, 255, 256} nos quais a dor e desconforto ao comer são apontados como os sintomas que induzem mais impactos na Qualidade de Vida. Outros indicam a dor e limitação funcional^{54, 257}. Outros estudos registaram maior impacto nas dimensões de

desconforto psicológico e limitação funcional, no entanto compararam pessoas acima de 40 anos, o que poderá explicar essa diferença de resultados²⁵⁸.

2.5.1 Aplicação do questionário OHIP-14 em função dos dados sócio-demográficos

Quando analisamos os impactos de problemas de Saúde Oral na Qualidade de Vida dos indivíduos tendo em conta factores sócio-demográficos, verificamos que o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP não diferiu significativamente com o sexo nem com a idade, resultados semelhantes aos descritos na literatura²⁵⁹⁻²⁶¹. Por outro lado, outros estudos comparando populações com faixa etária mais ampla do que o nosso, demonstraram a existência de diferenças significativas da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral nos grupos etários estudados. Alguns concluíram que indivíduos mais idosos tinham uma percepção mais positiva da sua Saúde Oral^{58, 141, 262} outros demonstraram que os indivíduos mais novos foram os que tiveram melhores níveis de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral^{64, 263, 264}. Os estudos organizados dessa forma e que pretendam avaliar os impactos que as alterações orais produzem na Qualidade de Vida das pessoas de idades muito distintas, tornam-se de difícil interpretação porque cada uma das patologias existentes, que representam dimensões diferentes dos problemas que afectam a cavidade oral (p.e. presença de cárie, dentes ausentes e sem antagonista, inflamação periodontal, higiene oral, lesões de mucosa, articulação temporo-mandibular etc.) têm expressão diferente nas várias faixas etárias²¹⁵.

No que respeita à classificação socio-económica, os indivíduos de classe média e baixa do nosso estudo, apresentaram maior número de impactos funcionais e psicológicos comparativamente aos de classe socio-económica alta. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores podendo ser explicados pelo facto de indivíduos de classe sócio-económica média-baixa provavelmente apresentam necessidades básicas não satisfeitas incluindo na Saúde Oral^{66, 206}. Por outro lado, os sujeitos com melhores

condições sócio-económicas conseguem usufruir dos serviços de que necessitam e provavelmente aceder a atenção profissional de melhor qualidade²³.

Miotto e Barcellos⁴⁹ realizaram um estudo com metodologia de revisão sistemática sobre indicadores subjectivos de saúde oral como instrumento de medida do impacto das condições orais na Qualidade de Vida. Concluíram que as variáveis sócio-demográficas apresentaram evidência de impacto, quando associadas a variáveis biológicas. Demonstrou a importância de documentar e compreender o impacto social da Saúde Oral na Qualidade de Vida para advogar recursos destinados à Saúde Oral e fornecer serviços ao encontro da resolução dos problemas que realmente causam mais interferência na Qualidade de Vida das pessoas.

2.5.2. Aplicação do questionário OHIP-14 em função da procura de assistência médico-dentária

Abrahamsom²⁶⁵ num estudo comparando indivíduos que receberam tratamento dentário regular e indivíduos que nunca foram ao dentista ou que só o fizeram quando absolutamente necessário, verificou que quem visitava menos frequentemente o médico dentista tinha mais dentes ausentes e quem fazia visitas regulares tinha mais dentes restaurados. Concluiu que a menor utilização dos serviços dentários tem um forte impacto no dia-a-dia dos indivíduos.

Slade²⁶⁶, num outro estudo envolvendo idosos do sul da Austrália, Ontário e Carolina do Norte, reportou existir forte impacto social e pior Qualidade de Vida quando a procura de cuidados dentários era motivada por existência de algum problema oral.

Locker²⁶⁷, num estudo longitudinal onde investigou a associação entre tratamento dentário contínuo e Qualidade de Vida associada à Saúde Oral encontrou que quem recebeu tratamento dentário referiu que a Qualidade de Vida melhorou comparativamente com os indivíduos que não receberam qualquer tratamento.

Entretanto, outros estudos não encontraram diferenças significantes entre o motivo de urgência e por prevenção ou rotina^{49, 230}

Vários autores apontam para os benefícios resultantes de tratamentos dentários regulares, por exemplo, menos dentes cariados, menor perda dentária e maior número de dentes funcionais (dentes restaurados ou sãos)^{268, 269}. Mais ainda, tem sido argumentado que esses indivíduos referem menos dores, sofrem menos consequências da perda de dentes e têm menos doença por tratar²⁷⁰.

As doenças orais raramente impõem risco de vida, mas podem afectar a capacidade de comer, falar ou comunicar e por isso influenciar o bem-estar dos indivíduos²⁷⁰. Podem interferir nas relações interpessoais e nas actividades quotidianas e daí na Qualidade de Vida¹⁶. Por isso, o atendimento dentário regular tem sido apontado como tendo implicações importantes em termos de ganhos de saúde e melhoria da Qualidade de Vida, aspectos a ter em consideração no planeamento das estratégias de promoção e educação em Saúde Oral²¹⁷.

No nosso estudo, o número de impactos medidos pelo OHIP foi maior nos indivíduos que nunca visitaram o dentista ou o fizeram há mais de 3 anos, e foi também maior quando o motivo referido para procura de assistência era a presença de dor ou outra situação de urgência ou ainda questões relacionadas com a prótese. Quem fazia consultas de rotina referiu menos impactos, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Encontramos resultados semelhantes na literatura^{217, 258, 260, 261, 266} confirmando a importância dos cuidados regulares de medicina dentária na melhoria da Qualidade de Vida dos indivíduos.

Um dos objectivos dos cuidados dentários é aumentar a sobrevivência (p.e, presença de dentes, ausência de cancro oral) e assegurar as funções físicas psicológicas e sociais necessárias para o dia-a-dia e, deste modo, melhorar a Qualidade de Vida²⁶. Assim, entender como a Saúde Oral influencia a Qualidade de Vida é determinante para perceber o valor dos

cuidados dentários regulares em termos de ganhos de saúde e entender o comportamento dos pacientes na procura desses cuidados ²⁷¹.

2.5.3. Aplicação do questionário OHIP-14 em função da auto-avaliação da Saúde Oral e auto-percepção de problemas de Saúde Oral

Verificamos existir maior número de impactos no dia-a-dia, nos indivíduos que referiram ter sensação de boca seca. De facto, a presença de boca seca tem sido apontada de afectar aspectos importantes da vida tais como a fala, mastigação e deglutição de alimentos e o uso de prótese dentária^{213, 272, 273}, mas apenas recentemente a sua relação com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (OHRQoL - Oral Health related quality of life) vem sendo sistematicamente investigada. A xerostomia foi associada com a Qualidade de Vida numa amostra de conveniência de idosos institucionalizados em Toronto²⁵³. Este estudo utilizou 2 escalas de avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (GOHAI e o OHIP-14), mostrando forte associação com a xerostomia nas duas medições. Outros estudos sobre boca seca e OHRQoL revelam associações similares em população idosa²⁷⁴⁻²⁷⁶ e em adultos jovens²⁷⁷.

Constatamos que o número de impactos medidos pelo OHIP aumentava à medida que o indivíduo fazia uma avaliação mais negativa da sua Saúde Oral. Estes resultados estão de acordo com os publicados por Locker²⁷⁸ que, num estudo realizado em idosos em Ontário, sugere que auto-percepção de “má” Saúde Oral e “má” Qualidade de Vida coexistem no mesmo grupo de pessoas. Gift²⁴³ refere que a percepção do estado de Saúde Oral constitui um factor importante para compreender os comportamentos em Saúde Oral e Qualidade de Vida relacionada com Saúde Oral.

Por outro lado, os indivíduos que relataram existir problemas quer com os dentes, quer com as gengivas, identificaram maior número de impactos medidos pelo OHIP. MacEntee²⁷⁹ estudou uma população de idosos tendo observado que existem 3 factores que usualmente influenciam a avaliação da

Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (OHRQoL): ausência de dor, capacidade de manter uma higiene oral apropriada e ausência de doença na boca. De facto, outros estudos, tal como o nosso, encontraram associação entre a percepção da presença de doença oral e Qualidade de Vida, medida pelo OHIP-14^{210, 211, 253, 254, 266, 274, 280}.

Por último, os indivíduos que indicaram sentir necessidade de ir ao dentista para tratamento, relataram também maior número de impactos medidos pelo OHIP. Esta associação é referida por vários autores^{241, 254, 280} e é apoiada pelo modelo de Gift²⁴³ no qual uma das características que influencia a auto-percepção da necessidade de tratamento odontológico em idosos é a condição de Saúde Oral, que na população do nosso estudo foi insatisfatória.

Este resultado apoia também um aspecto importante referido por autores como Steele⁵⁶ que demonstrou que, a percepção que o indivíduo possui de que não necessita de tratamento dentário é a principal razão para não frequentar um consultório dentário, embora outras razões também fossem citadas, como o medo e o alto custo do tratamento. De acordo com Mariño²³⁵, a diminuição da frequência das visitas ao dentista, com o aumento da idade, pode ser decorrente da falta de percepção da sua condição oral e pela tendência em aceitar a precariedade da Saúde Oral como normal.

Os valores, crenças e as práticas de Saúde Oral são elementos culturais determinantes do comportamento das pessoas em relação a Saúde Oral. Kiyak⁴⁵, num estudo nos Estados Unidos da América, verificou que enquanto os idosos são os maiores utilizadores de serviços médicos, eles são também os maiores não utilizadores de serviços odontológicos. E enquanto os factores sócio-económicos desempenham um papel significativo, o autor verificou que proporcionar serviços dentários gratuitos ou de baixo custo não aumenta necessariamente a utilização, pois a predição mais forte para a utilização dos serviços odontológicos pelos idosos é a necessidade percebida e as atitudes frente aos cuidados orais.

Para Erickson²⁸¹, a pequena procura do dentista pelo paciente idoso deve-se provavelmente aos altos custos do tratamento dentário, ao baixo

rendimento e à pouca importância dada à Saúde Oral, pois acreditam que os problemas orais raramente oferecem risco de vida. No entanto, Ettinger²⁸² relata que os idosos estão a mudar o seu padrão de utilização dos serviços de medicina dentária, com um aumento da procura de serviços odontológicos. Esta utilização depende do número de dentes presentes, nível sócio-económico, estado funcional e das experiências pessoais que influenciam na manutenção da Saúde Oral.

A importância do estudo da percepção da Saúde Oral e o seu impacto sobre a vida dos idosos deve-se à necessidade de conhecer melhor os aspectos sociais e emocionais de saúde do indivíduo, o que permite aos profissionais da área da Saúde Oral estarem mais conscientes das necessidades da população. Poderão, desta forma oferecer serviços mais adequados e direccionados às necessidades dos idosos.

2.5.4. Aplicação do questionário OHIP-14 em função dos indicadores clínicos de Saúde Oral

Uso e necessidade de prótese

Nos últimos anos há uma crescente preocupação em se avaliar os impactos da perda dentária e da utilização de próteses removíveis na Qualidade de Vida das pessoas. Os resultados das pesquisas desenvolvidas nessa direcção demonstram que as repercussões são relevantes e não podem ser desconsideradas^{224, 225, 227, 283}.

A falta dos dentes pode levar não só à limitação da capacidade mastigatória, capacidade de fonação, mas também ao comprometimento da aparência estética e à descaracterização da identidade facial, retratando um quadro social desfavorável, o que leva o paciente a ter dificuldades de aceitação social plena²⁸⁴⁻²⁸⁶.

No nosso estudo, o número de impactos medidos pelo OHIP apresentou uma relação inversa com o número de dentes presentes, sendo maior quando

estão presentes menos dentes, independentemente se o indivíduo é ou não portador de prótese. Este resultado foi igualmente indicado por outros autores^{228, 230, 261, 266} indicando que a perda dentária pode representar uma condição de forte impacto, que, além de causar danos funcionais nas pessoas, pode ter repercussões a nível psíquico e social através da auto-estima, expressão, comunicação e estética facial^{284, 287}.

A função estética dos dentes é, muitas vezes, considerada mais importante do que a função mastigatória. Sob o ponto de vista subjectivo, estudos já demonstraram que a perda de dentes posteriores tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas, diferentemente da perda dentária total ou de dentes anteriores, que mais motiva as pessoas a procurar tratamento de substituição⁷². Esta questão corrobora o resultado de outras pesquisas que abordam a dificuldade de aceitação e o sentimento de humilhação que envolvem uma pessoa desdentada^{224, 225, 284, 287}. Mesmo nos pacientes que indicaram menor percepção do impacto da condição oral na sua Qualidade de Vida, a questão da vergonha é bastante ressaltada²²⁴.

Analisando a variável necessidade de prótese, observaram-se mais impactos na Qualidade de Vida, estatisticamente significativos, nos indivíduos que necessitavam de algum tipo de prótese, sendo maior naqueles que precisavam de prótese total (PT) comparativamente com quem necessitava de prótese parcial removível (PPR), reflectindo a perda de dentes. Outros estudos demonstraram igualmente maior impacto sobre a Qualidade de Vida nos dentados que necessitavam de PPR^{230, 258, 259, 261} e nos desdentados totais^{260, 101, 261}.

Sabe-se que a perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão, e principalmente, a mastigação²¹³. A reabilitação protética, ao restabelecer a estética e funções orais, melhora a Qualidade de Vida dos indivíduos em que está comprometida como resultado da perda dos dentes naturais. Contudo, em aparente contradição, no nosso estudo, os valores da mediana do OHIP são significativamente mais elevados nos indivíduos portadores de prótese removível comparativamente com os que não usam prótese. Estes resultados

são semelhantes aos publicados por outros autores^{224, 288-290} que sugerem várias razões para estes resultados: primeiro, é possível que muitas das próteses presentes não sejam satisfatórias e deste modo representam um impacto negativo considerável na Qualidade de Vida dos indivíduos; segundo, os indivíduos portadores de próteses removíveis também indicam ter problemas significativos com aspectos emocionais e sociais na sua vida, comparativamente com os indivíduos com dentes naturais; terceiro, alguns indivíduos têm dificuldade de adaptação às próteses e ainda o uso de prótese requer sempre capacidade de adaptação emocional e funcional

Por outro lado, o uso de prótese dentária mostrou, no nosso estudo, associação com o número de impactos funcionais e psicológicos sendo maior nos indivíduos portadores de pelo menos uma prótese total comparativamente com aqueles portadores de prótese parcial removível. Vários autores relatam igualmente maior impacto na Qualidade de Vida nos indivíduos portadores de próteses totais removíveis^{76, 290, 291}. A capacidade mastigatória, afectada pelas extracções, pode ser em parte recuperada pelo uso de próteses, mas em pessoas que usam prótese total, essa capacidade pode ser bastante inferior (cerca de 25%) da referida por indivíduos que possuem toda a dentição natural²⁹².

A ausência total dos dentes é referida com frequência na literatura como causadora de impacto negativo no que se refere à alimentação^{285, 293}. Mesmo reabilitada com prótese total, a desdentação está associada a reduzida Qualidade de Vida, tendo em conta relatos de dor e desconforto e dificuldade na mastigação⁵⁴. A deficiente estabilidade das próteses, especialmente as mandibulares, e uma inadequada mastigação dos alimentos são citados como os factores que interferem na Qualidade de Vida dos pacientes desdentados, levando a uma pior condição de saúde geral²⁹⁴⁻²⁹⁶. Por outro lado, para os portadores de próteses, com maior relevância para as próteses totais, os problemas não estão confinados aos atributos físicos das próteses mas também à satisfação com as mesmas²⁹⁷. Autores que estudaram a Qualidade de Vida em indivíduos portadores de prótese total relataram aumento de depressão e ansiedade, juntamente com maior restrição a contactos sociais;

sugere a necessidade de incluir factores psicológicos e sociais e de auto-percepção da Saúde Oral na avaliação do grau de satisfação dos pacientes desdentados, em relação às suas próteses totais^{71, 298}.

Os impactos psicossociais e na auto-estima provocados pela perda dos dentes, bem como pelas mudanças resultantes da substituição protética ressaltam a importância da saúde do sistema mastigatório para uma boa integração sócio-cultural, interpessoal e afectiva e portanto na Qualidade de Vida²⁹⁹. Considerando estes aspectos e em face dos resultados encontrados, confirmamos a grande importância dos projectos preventivos e reabilitadores voltados à terceira idade.

Situação periodontal

No nosso estudo registamos um número crescente de impactos medidos pela soma dos 14 itens do OHIP à medida que a situação periodontal verificada no indivíduo se agravava. Este resultado é comprovado fazendo a análise dos coeficientes de correlação de Spearman, em que verificamos existir correlação positiva entre a situação mais grave apresentada nos sextantes e o número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP. Tendo em conta as suas 7 subdivisões, verificamos que essa correlação é mais forte nos domínios da limitação funcional e da disfunção física. De facto a existência de mobilidade dentária nos casos avançados de doença periodontal pode ser determinante na disfunção e na incapacidade mastigatória e, por outro lado, o quadro de gengivite, com frequência, não é percebido pelo indivíduo com problema, como referem também Drumond-Santana¹¹⁸ e Cunha-Cruz³⁰⁰.

Os resultados encontrados estão de acordo com outros estudos que indicam maior impacto na Qualidade de Vida na presença de patologia periodontal^{114, 118, 228, 301, 302}. A doença periodontal pode não só afectar a alimentação e fala mas também as relações interpessoais e actividades diárias e daí a Qualidade de Vida. Corroboramos as conclusões dos vários estudos que referem que tanto a situação periodontal como o tratamento pode ter impacto considerável no dia-a-dia das pessoas e que melhores condições

periodontais estão associadas a melhor Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral^{16, 303-305}.

Cárie dentária

Analisando os impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP e pela soma dos respectivos 14 itens em relação à cárie dentária, verificamos existir uma correlação positiva entre o número de impactos no dia-a-dia referidos pelos indivíduos e o número de dentes perdidos, sendo mais forte dentro dos domínios da disfunção física e limitação funcional. O impacto da perda de dentes no dia-a-dia dos indivíduos tem sido referido por muitos autores em estudos sobre Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral^{266, 306-309}. De facto, o número de dentes remanescentes interfere de forma significativa na capacidade de comer ou mastigar alimentos, engolir ou na vontade de sorrir³¹⁰. A perda dos dentes naturais pode limitar a dieta, com possível défice no aporte de proteínas e fibras em particular, com repercussão funcional e deterioração do estado nutricional, assim como, o efeito negativo sobre a auto-estima e comunicação³¹¹.

Por outro lado, no que respeita ao número de dentes obturados, verificamos uma correlação negativa, ou seja, quanto maior o número de dentes obturados, menos impactos foram referidos. Analisando as subdivisões do OHIP, verificamos existir correlação negativa entre o número de dentes obturados e os impactos dos domínios disfunção física e limitação funcional, contudo essa correlação é positiva nos domínios da disfunção psicológica, incapacidade e desconforto psicológico. Na literatura outros autores encontraram resultados semelhantes referindo que a reabilitação da forma dos dentes restabelece a função e a estética/aparência contribuindo desse modo para melhorar a auto-estima e por conseguinte a Qualidade de Vida dos indivíduos^{261, 266}. Consideramos que será plausível admitir que, entre outros aspectos, os indivíduos que apresentam maior número de dentes obturados serão aqueles que deram mais importância à Saúde Oral e, por conseguinte, mais procuraram tratamentos dentários. Neste caso, as expectativas face à sua

Saúde serão mais elevadas pelo que, a presença de obturações, apesar de reabilitar o dente, não deixa de ser o remediar de uma situação de doença dentária e como tal conotada do sentimento negativo de perda de saúde com todas as repercussões de desconforto e disfunção psicológico.

No nosso estudo o número de dentes cariados não mostrou correlação com o número de impactos medidos pelo OHIP. Este resultado não é consensual pois, embora apoiado por alguns autores^{87, 228}, difere de outros estudos que relatam maior impacto na Qualidade de Vida na presença de dentes cariados^{107, 266, 308, 312}. Contudo, a consequência final da cárie é a perda de dentes, que impõe graves alterações na saúde geral e na Qualidade de Vida dos idosos³¹³.

O estado da dentição dos idosos ao influenciar a mastigação, bem como o falar e pronunciar as palavras correctamente, tem repercussões na capacidade de o indivíduo efectuar as suas actividades diárias habituais e, portanto, afecta a Qualidade de Vida³¹⁴.

2.5.5 Aplicação do questionário OHIP-14

O número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP e a soma dos 14 itens demonstra correlação positiva com todas as subdivisões do índice sendo mais forte nos domínios da “disfunção física” e “dor física,” indicando que os indivíduos sentiram maior impacto na capacidade mastigatória, dor e desconforto devido a problemas com os dentes, boca ou prótese.

A correlação mais fraca verificou-se nos domínios da “incapacidade” e “disfunção psicológica” tendo em conta o número de impactos funcionais e psicológicos e “disfunção social” e “incapacidade” quando consideramos a soma dos 14 itens do OHIP, mostrando que os impactos sociais e psicológicos foram menos intensos.

Por último, analisando os coeficientes de correlação de Spearman considerando os domínios do OHIP, verificamos existir correlação positiva

entre todos eles, sendo mais forte entre os domínios do “desconforto” e “disfunção psicológica” indicando que quem tinha complexos ou se sentia tenso ou ansioso tinha também dificuldade em relaxar e se sentia embaraçado com as outras pessoas apontando para o aspecto psicológico ou emocional dos problemas da Saúde Oral. Também verificamos correlação positiva entre os domínios da “dor” e “disfunção física” indicando que quem referiu dores na boca e desconforto ao comer também referiu que tinha dieta insatisfatória e necessidade de interromper as refeições, apontando para o impacto funcional causado pelos problemas dos dentes, boca e prótese. Outra correlação positiva, mas menos forte, entre os domínios da “disfunção psicológica” e “social” indicando que quem tinha dificuldade em relaxar ou se sentia embaraçado referiu também que se tem irritado com as outras pessoas e tem dificuldade em cumprir tarefas habituais, indicando o impacto social dos problemas de Saúde Oral.

Considerações finais

Os resultados obtidos levam a várias conclusões importantes que, apesar de ainda ser um campo de trabalho novo onde somente o tempo e a experiência darão melhores condições de avaliação, podem-se desde já entender alguns aspectos.

Apesar de termos encontrado alguma associação entre parâmetros clínicos de doença oral e indicadores subjectivos, essa associação é fraca, tal como referido por outros autores^{101, 315}. O maior impacto na Qualidade de Vida é associado à percepção subjectiva da condição de Saúde Oral que a pessoa tem^{81, 316}. Este fenómeno tem sido atribuído ao facto de que os parâmetros clínicos medem “Doença” e os indicadores subjectivos medem “Saúde”, o que é frequentemente influenciado por características socioculturais de determinada população³¹⁷.

Outro aspecto que merece destaque nesta discussão da percepção da Qualidade de Vida pelo idoso foi constatado no estudo de Cormack³¹⁸ onde

verificou que a ausência de uma expectativa de vida pode levar a uma percepção de qualidade de saúde deficiente; contudo mesmo diante de condições adversas de saúde geral e oral a maioria dos seus entrevistados permaneceram tendo uma percepção positiva a respeito de sua Qualidade de Vida, não havendo uma relação directa entre os dados clínicos encontrados e a percepção da Qualidade de Vida.

Uma outra explicação dada é que, quando os valores de impactos subjectivos numa escala são somados, a relação de impactos específicos com variáveis clínicas fica diluída pela adição de outros impactos²⁵¹. Mais ainda, e como já referido anteriormente, apesar do facto dos idosos terem problemas ou doenças orais, eles tendem a atribuir um valor positivo aos seus dentes. Por isso, é pouco provável que refiram impactos negativos em relação aos aspectos psicossociais da sua vida, apesar de terem patologia oral⁶⁸.

Independentemente dos coeficientes obtidos, os indicadores de Saúde Oral em questão no nosso estudo demonstraram que existe um impacto considerável das condições orais na Qualidade de Vida dos indivíduos. Muitos estudos têm comprovado que a Saúde Oral influencia de forma significativa a Qualidade de Vida dos indivíduos^{71, 101, 228, 319}. As alterações da cavidade oral podem desencadear estímulos dolorosos ou alterações psicológicas e emocionais que interferem directamente no desempenho das actividades diárias da população, quer seja pelo desconforto provocado pela dor, quer seja por uma dificuldade de relacionamento interpessoal causada pela ausência dos dentes³²⁰. Mais ainda, restrições físicas e psicológicas podem influenciar directamente em aspectos da alimentação, fala, locomoção, convívio social e auto-estima⁴¹.

Deste modo, a avaliação do impacto que as desordens orais representam para as pessoas faculta um valioso contributo aos estudos clínicos epidemiológicos tradicionais.

As doenças têm sido medidas, ao longo do tempo, através de dados clínicos, no entanto, as medidas subjectivas sobre os aspectos de Saúde Oral são ainda pouco exploradas^{49, 101}. Actualmente, o conceito amplo de saúde

inclui aspectos objectivos e subjectivos⁶⁶. De acordo com Segre e Ferraz³²¹, ainda são poucos os profissionais de Medicina Dentária que actuam com uma visão ampla dando importância de integrar aspectos subjectivos para avaliar a Qualidade de Vida. Este conceito é extremamente importante, uma vez que a saúde comprometida e/ou a presença de doença não são necessariamente indicadores de baixa na Qualidade de Vida. Pessoas com doenças crónicas, muitas vezes relatam ter melhor Qualidade de Vida, percebida por eles, quando comparados a indivíduos saudáveis³²².

Locker³²³ adverte para o facto de piores indicadores clínicos não reflectirem, necessariamente, relatos de impacto negativo na Qualidade de Vida. Segundo o autor, é possível encontrar indivíduos portadores de doenças crónicas relatando melhores níveis de Qualidade de Vida. Allison e col³³ sugerem, como explicação desse fenómeno, a característica multidimensional e subjectiva do construto “*Qualidade de Vida*”. Outros autores^{324, 325} concordam com a ideia de que a natureza frequentemente assintomática das afecções orais, bem como o receio, a ansiedade ou mesmo a aversão ao tratamento dentário podem ainda contribuir para explicar esse comportamento. Os autores argumentam que a ansiedade e o impacto decorrem de características psicológicas, envolvendo aspectos de afectividade negativa. Por outro lado, consideram que uma maior negligência dos indivíduos em relação à sua condição oral geraria maior volume e complexidade nos tratamentos, implicando o aumento da ansiedade, a diminuição da procura, a deterioração da condição oral e, portanto, o maior impacto^{324, 325}.

Leão & Sheiham²³² ressaltam que diferentes níveis de Saúde Oral proporcionam diferentes reflexos no quotidiano das pessoas e que é desejável que, no estudo das necessidades de Saúde Oral dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente com a condição clínica. Reisine e col⁷⁵, ao analisarem a adequação do uso de indicadores de Qualidade de Vida na Medicina Dentária, concluíram que os mesmos são sensíveis na identificação e na descrição do impacto em diferentes condições clínicas orais.

Os factores sociais são tão importantes quanto os factores clínicos quando se pretende avaliar as consequências das desordens orais na Saúde. Este achado é consistente com os conceitos contemporâneos de saúde e reforça o ponto de vista de que o contexto social no qual se vive é importante na formação das respostas à doença e na experiência à Saúde e à doença. Os factores culturais influenciam as percepções de disfunção, desconforto e inaptidão, tidos num contexto geral como “impacto social” e, o acesso ao tratamento dentário adequado reduz os níveis desse impacto²⁶⁶.

Os indicadores baseados em critérios clínicos, importantes para a compreensão dos processos patológicos e fundamentais para a prevenção e para a abordagem das doenças, são insuficientes para medir a interferência da condição oral no quotidiano dos indivíduos. Tal aspecto corrobora as reflexões da maioria dos autores que apontam debilidades do planeamento das acções de saúde orientado exclusivamente por tais indicadores^{62, 232, 326}. O sucesso do tratamento e a eficácia das medidas preventivas dependem directamente da adesão dos indivíduos e da percepção dos mesmos sobre a sua saúde e sobre os reflexos dela decorrente. No estudo das necessidades de Saúde Oral, portanto, é recomendável que a percepção dos indivíduos seja considerada simultaneamente à condição clínica⁶².

Ao longo das recentes décadas, tem surgido um crescente interesse na quantificação das consequências de doenças que afectam o conforto, a função e a habilidade para realizar as actividades do dia-a-dia⁶⁵.

Existem benefícios futuros a serem alcançados na avaliação das disfunções, do desconforto e da inaptidão, isto é, do “impacto social” das doenças orais. Primeiro, a avaliação das prioridades assistenciais pode ser melhorada. Medidas do impacto social entre indivíduos ou grupos podem ser usadas, juntamente com dados clínicos, para formular programas de assistência odontológica direccionados para as condições mais “anti-funcionais”⁶⁵. Por exemplo, Ettinger³²⁷ propôs que um planeamento de tratamento racional, particularmente no campo da odontogeriatría deveria

incluir uma avaliação dos benefícios sociais e funcionais associados a planos de tratamento alternativos.

Em segundo lugar, essas medidas podem melhorar o entendimento de comportamentos relacionados com a Saúde Oral. O impacto percebido de certas condições em indivíduos tem sido identificado como um motivo para comportamentos preventivos ou de procura de assistência. Da mesma forma, a identificação de tais percepções deveria oferecer uma oportunidade para promover efectivamente comportamentos mais apropriados. Por exemplo, McGrath descreve como o impacto social de doenças é determinante de um comportamento de procura de assistência³²⁸.

Um terceiro benefício é o de advogar em prol da Saúde Oral. A descrição de resultados de saúde, que são genéricos, ajuda a chamar atenção para a importância de patologias orais como parte da saúde geral. Por exemplo, Reisine³²⁴ usou dados de pesquisas de população para demonstrar as proporções de actividades reduzidas e dias de inaptidão associados a patologias orais em comparação com doenças respiratórias, desordens genito-urinárias e cancro.

Ademais, uma avaliação aprimorada dos tratamentos odontológicos pode ser antecipada. O processo da assistência médico-dentária frequentemente tem uma influência limitada nos índices epidemiológicos. Por exemplo, serviços curativos de restauração dentária não afectam valores gerais de CPO³²⁹. No intuito de captar os aspectos de tratamento odontológico que promovem os maiores benefícios para pacientes é importante considerar melhorias na Qualidade de Vida.

Um melhor conhecimento e compreensão da relação entre indicadores clínicos e subjectivos permitirá ao profissional de Medicina Dentária tomar decisões racionais acerca de quais as condições orais que necessitam de tratamento e que tipo de tratamento é necessário para determinada condição com os recursos disponíveis¹⁴³.

Existem várias medidas efectivas, válidas e confiáveis capazes de indicar a relação entre Saúde Oral e Qualidade de Vida. Sem dúvida que, por sua complexidade, estes instrumentos devem continuar a ser redefinidos e aperfeiçoados à medida que novas investigações forem avaliando as suas bases teóricas, técnicas de aplicação e as suas limitações em geral. Os indicadores subjectivos devem ser utilizados como mais um instrumento da avaliação das condições de Saúde Oral, complementares aos indicadores clínicos, uma vez que eles conseguem captar as necessidades relatadas pelos indivíduos.

Uma boa Saúde Oral é essencial em qualquer idade, mas na terceira idade, com o declínio orgânico agravado pelas doenças crónicas, ela é primordial, pois evita complicações de problemas sistémicos, melhora as condições da saúde geral, o bem-estar, a auto-estima e para o idoso muitas vezes pode significar a reintegração deste na sociedade. A constatação de que as doenças orais podem ocasionar complicações sistémicas, bem como diminuição da Qualidade de Vida, determina decisões de que o atendimento integral à Saúde Oral no grupo dos idosos deva ser garantido. O envelhecimento demográfico a que se vem assistindo, desde o século passado, é já um dado histórico. O aumento da proporção desta população obriga a mudanças significativas, sendo de extrema importância que os serviços de Saúde reconheçam os factores psicossociais que afectam a Saúde e o bem-estar da população idosa.

Deve-se procurar proporcionar aos idosos mudanças na Saúde Oral e, consequentemente, na sua Qualidade de Vida através de programas específicos²⁶⁷. O que se vivência hoje é um quadro precário de Saúde Oral na faixa etária adulta e idosa, resultado da ausência de programas específicos para tal grupo populacional. Nos futuros programas de Saúde Pública, a avaliação dos factores de risco sistémicos deve ser um instrumento a utilizar no planeamento e vigilância da promoção de Saúde Oral e dos programas de intervenção de doenças orais.

Um programa de atenção em Saúde Oral para idosos, segundo Pinto³³⁰, deveria ser desenvolvido a partir de um trabalho que vise o completo

atendimento odontológico desta população. Deve ser composto por um programa preventivo, que vise controlar a incidência destes problemas; um programa curativo para tratar os problemas existentes e também um programa educativo que sirva de apoio para as demais acções, pois, considera-se que através de processos educativos se pode conseguir a mudança de hábitos e/ou participação política da população. Tem-se a visão de que, se todas as pessoas forem educadas, os problemas de Saúde se resolveriam.

As acções desenvolvidas num programa para idosos devem promover a interacção com as demais áreas do conhecimento, pois a avaliação de Saúde geral e oral do idoso requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional. Saúde, portanto, está sendo entendida como algo maior do que ausência de doença, com a possibilidade de uma vida melhor, participativa, em busca de Qualidade de Vida do indivíduo, da sua família e da comunidade em que está inserido.

A OMS recomenda que os países adotem estratégias para melhorar a Saúde Oral dos idosos, devendo as autoridades nacionais desenvolver políticas e definir metas e objectivos mensuráveis para esta área. Os programas nacionais de Saúde Pública deverão incorporar a promoção da Saúde Oral e a prevenção de doenças e devem ser baseados nos factores comuns de risco¹³⁸.

As metas propostas para a Saúde Oral pela OMS, pela *World Dental Federation* (FDI) e pela *International Association for Dental Research* (IADR) para 2020 são: minimizar o impacto das doenças de origem oral e craniofacial na Saúde e desenvolvimento psico-social, promovendo a Saúde Oral, reduzir as doenças orais entre as populações com maior prevalência e diminuir o impacto das manifestações craniofaciais e orais das doenças sistémicas, nos indivíduos e na sociedade, através da monitorização, com diagnóstico precoce, prevenção e gestão efectiva das doenças sistémicas³³¹.

O impacto negativo das fracas condições orais na Qualidade de Vida dos idosos é um importante problema de Saúde Pública, devendo ser tratado a vários níveis e valorizado pelo poder político¹³⁸.

V. CONCLUSÕES

V. CONCLUSÕES

As condições clínicas orais observadas nos participantes (utentes de lares e centros-de-dia) não foram satisfatórias, de acordo com os vários indicadores clínicos utilizados. Registamos alta prevalência de cárie dentária e de doença periodontal e a reabilitação oral não era adequada.

As necessidades de cuidados de Saúde Oral são elevadas.

A auto-avaliação da situação da cavidade oral contrasta com o exame clínico pois os intervenientes tiveram uma visão positiva da sua Saúde Oral. A pior avaliação da Saúde Oral foi feita nas situações periodontais graves, dentes cariados e perdas dentárias com necessidade de reabilitação. A presença de dentes obturados e o uso de prótese dentária contribuíram para melhor auto-avaliação da Saúde Oral.

Os participantes identificaram a existência de problemas com a sua Saúde Oral e necessidade de tratamento dentário, principalmente na presença de situações periodontais mais graves e dentes cariados.

Os participantes referiram poucos impactos no dia-a-dia, ou seja, na Qualidade de Vida, associados a problemas de Saúde Oral (problemas com dentes, boca e prótese). Os domínios mais referidos foram o da dor física e, dentro deste o “desconforto ao comer”, e o da disfunção física, sobretudo a “dieta insatisfatória”.

Registamos mais impactos na Qualidade de Vida nos indivíduos com:

- pior auto-avaliação da Saúde Oral;
- que relataram possuir problemas com os dentes e/ou gengivas;
- que indicaram necessidade de ir ao dentista para tratamento;
- nos portadores de prótese dentária;
- maior número de dentes perdidos
- presença de situações periodontais mais graves.

Registamos menos impactos na Qualidade de Vida nos indivíduos com:

- mais dentes presentes, independentemente se eram ou não portadores de prótese;
- mais dentes obturados.

A existência de cuidados regulares de Medicina Dentária contribuiu para uma melhor Qualidade de vida dos intervenientes.

VI. RESUMO

VI. RESUMO

A Medicina Dentária, tradicionalmente, dá prioridade à utilização de recursos clínicos para diagnosticar as condições de saúde oral. Esses, entretanto, são limitados, por não informarem o impacto que a condição oral gera na Qualidade de Vida dos indivíduos.

Este estudo foi realizado para avaliar a auto-percepção da Saúde Oral, assim como a sua relação com um indicador subjectivo de impactos das condições orais na Qualidade de Vida (OHIP-14), indicadores clínicos (cárie dentária, situação periodontal e reabilitação protética) e factores sócio-demográficos. Participaram no estudo 359 pessoas, com 60 e mais anos de idade, funcionalmente independentes, que frequentavam Centros-de-dia e residentes em lares de 3ª Idade no Norte de Portugal.

Os indivíduos foram submetidos a exame clínico de acordo com a metodologia proposta pela OMS e foram aplicados dois questionários: auto-percepção de Saúde Oral e “Oral Health Impact Profile” (OHIP-14).

O exame clínico revelou grande prevalência das principais doenças orais, apesar de os resultados revelarem que 45% dos indivíduos consideraram a sua Saúde Oral “razoável” e 26% a consideraram-na “boa/excelente”. Quanto à percepção de doenças orais, 40% afirmaram possuir problemas com os dentes e 36% com as gengivas. Verificou-se existir relação entre a percepção da condição oral e algumas variáveis clínicas, mas que se trata de uma associação relativamente fraca. Os indivíduos fizeram pior avaliação da sua Saúde Oral na presença de dentes cariados, perda de dentes sem substituição protética e situações periodontais mais graves.

De acordo com as respostas obtidas através da aplicação do questionário OHIP-14, Os participantes registaram poucos impactos no dia-a-dia ou seja na Qualidade de Vida do indivíduo associados a problemas de Saúde Oral (problemas com dentes, boca e prótese).

Identificamos maior número de impactos no dia-a-dia nos indivíduos pertencentes a classe sócio-económica média e baixa, naqueles que fizeram pior avaliação da Saúde Oral bem como quando relataram existirem problemas com os dentes ou com as gengivas. Foi verificada a mesma tendência para uso e necessidade de prótese, particularmente prótese total.

Registamos uma correlação positiva entre número de impactos funcionais e psicológicos medidos pelo OHIP e a situação periodontal mais grave apresentado nos sextantes e o número de dentes perdidos. No caso do número de dentes obturados, essa correlação é negativa.

O número de dentes cariados não mostrou correlação com o número de impactos medidos pelo OHIP.

Conclusões: O impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida dos participantes no estudo mostrou associação com factores sócio-demográficos e condições clínicas da cavidade oral. Concluiu-se que as condições clínicas tiveram pouca influência na percepção da Saúde Oral, mostrando ser necessário desenvolver acções preventivas e educativas para a população.

VII. RESUMEN

VII. RESUMEN

La medicina dental, tradicionalmente, prioriza la utilización de recursos clínicos para diagnosticar las condiciones de salud bucal. Esos recursos, entretanto, son limitados, porque no informan sobre el impacto que la condición oral genera en la calidad de vida de los individuos.

Este estudio fue realizado para evaluar la auto-percepción de la salud oral, así como su relación con un indicador subjetivo del impacto de las condiciones orales en la calidad de vida (OHIP-14), indicadores clínicos (caries dental, situación periodontal y rehabilitación protética) y factores socio-demográficos. Participaron en el estudio 359 personas, con edades a partir de los 60 años (incluidos), funcionalmente independientes, que frecuentaban Centros de día y residentes en casas de 3ª Edad en el Norte de Portugal.

Los individuos fueron sometidos a examen clínico de acuerdo con la metodología propuesta por la OMS y se aplicaron dos cuestionarios: auto-percepción de salud oral y “Oral Health Impact Profile” (OHIP-14).

El examen clínico reveló una gran relevancia de las principales dolencias orales, a pesar de que los resultados revelaron que el 45% de los individuos consideraban su salud oral “razonable” y el 26% la consideraban “buena/excelente”. En cuanto a la percepción de dolencias orales, el 40% afirmaron tener problemas dentales y el 36% con las gengivas. Se verificó que existe relación entre la percepción de la condición oral y algunas variables clínicas, pero se trata de una relación relativamente débil. Los individuos hicieron peor evaluación de la salud oral en la presencia de dientes con caries, pérdida de piezas dentales sin sustitución protética y situaciones periodontales más graves.

De acuerdo con las respuestas obtenidas a través de la aplicación del cuestionario OHIP-14, los participantes registraron pocos impactos en el día a día o sea en la calidad de vida del individuo asociados a problemas de salud oral (problemas con dientes, boca y prótesis).

Se identifican mayor número de impactos en el día a día en individuos pertenecientes a la clase socioeconómica media y baja, en aquellos que hicieron la peor evaluación de salud oral bien como cuando comentan que existen problemas con los dientes o con las gengivas. Fue verificada la misma tendencia para el uso y necesidad de prótesis, particularmente prótesis totales.

Registramos una correlación positiva entre número de impactos funcionales y psicológicos medidos por el OHIP y la situación periodontal más grave presentado en los sexagenarios y el número de dientes perdidos. En el caso de dientes obturados, esa correlación es negativa.

El número de dientes con caries no mostró correlación con el número de impactos medidos por el OHIP.

Conclusiones: El impacto de la salud oral en la calidad de vida de los participantes en el estudio mostró asociación con factores sociodemográficos y condiciones clínicas de la cavidad oral. Se concluye que las condiciones clínicas tuvieron poca influencia en la percepción de la salud bucal, por lo que es necesario desarrollar acciones preventivas y educativas a la población.

VIII. ABSTRACT

VIII. ABSTRACT

Traditionally, Dentistry prefers to use clinical resources in order to diagnose any condition of dental health. However, these are considered limited, because they do not inform about the impact dental health has on the population's quality of life.

This study was conducted in order to evaluate the self perception of dental health as well as its relationship with a subjective marker of impacts of buccal conditions in the quality of life (OHIP-14) some traditional clinical ones (DMFT, CPI and prosthetic treatment) and socio-demographic factors. The sample consisted of 359 adults, aged 60 years or older, functionally independent, who stayed in Adult Day Centers and lived in Senior Housings in Northern Portugal.

The subjects were submitted to clinical examination according to the World Health Organization (WHO) criteria and two questionnaires were applied: Self perception of Dental Health and Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

Clinical oral examination showed a high prevalence of the main oral diseases, despite the results revealing that 45% of the inquired considered their oral hygiene "regular" and 26% considered it "good/excellent". In relation to oral diseases, 40% declared that they had problems with their teeth and 36% with their gums.

A relation was shown between the clinical perception of the oral condition and some clinical variables, but it was a relatively weak one. The individuals made a worse evaluation of their oral health in the presence of decayed teeth, loss of teeth without prosthetic substitution and more serious periodontal situations.

In accordance with the answers gotten through the questionnaire OHIP-14, the participants saw few impacts in their day-by-day, that is, in their quality of life, associated to dental health problems (problems with teeth, mouth and prosthesis)

We identify a greater number of impacts in their day-by-day in individuals who belong to middle and lower class, in those who made the worse evaluation of their oral health as well as when they told that problems with teeth or gums existed. The same trend was found for prosthesis use and need, particularly with complete prosthesis.

There was a positive correlation between the number of functional and psychological impacts measured by the OHIP and the most serious periodontal situation presented in the sextants and the number of missing teeth. In the case of the number of filled teeth, this correlation is negative. There was no significant correlation between the number of decayed teeth and the number of impacts measured by the OHIP.

Conclusions: The impact of dental health in the quality of life of the participants in the study showed an association between socio demographic factors and the clinical conditions of the buccal cavity. It was concluded that clinical conditions had little influence in the perception of dental health, showing to be necessary to develop preventive and educative programs for the population.

IX. BIBLIOGRAFIA

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Cuenca E. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. In: Cuenca E, Manau C, Serra L, editors. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos e aplicaciones*. Barcelona: Masson; 2001. p. 1-13.
2. WHO. Constitution of the World Health Organization, 22 July 1946. In: *Basic documents*, 40th ed. World Health Organization, 1994: 1-18..
3. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade, GD. *Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina, Dental Ecology: Chapel Hill; 1997. p. 12-22.
4. Portillo JAC, Paes AMC. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde oral. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva* 2000;1(1):75-88.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(1):163-77.
6. Martinicorena FJC. Medición de la enfermedad en odontología comunitaria. In: Cuenca E, Manau C, Serra L, editors. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos e aplicaciones*. Barcelona: Masson; 2001. p. 303-25.
7. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv* 1976;6(4):681-98.
8. Patrick D, Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: : Oxford University Press; 1993.
9. Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med* 1997;44(5):601-8.
10. Teixeira H. Holismo e Medicina. *Rev Virtual de medicina*. Out/Nov/Dez de 1999;1(8).
11. WHO. *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO 1980.
12. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Jama* 1995;273(1):59-65.
13. Locker D. Subjective oral health status indicators. *Community Dent Health* 1997b;27(3):257-70.
14. Yewe-Dyer M. The definition of oral health. *Br Dent J* 1993;174(7):224-5.
15. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Spec Care Dentist* 1993;13(1):35-9.
16. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5(1):3-18.

17. Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: assessing oral health outcomes--measuring health status and quality of life. *Community Dent Health* 1998;15(1):3-7.
18. Abeles R, Gift HC, Ory M. *Aging and Quality of life*. New York: Springer Publishing Company. 1994.
19. Gurland B, Katz S, Lantigua RA, Wilder DE. Proceedings of the 1991 International Symposium on Data on Aging. Cognitive function and the elderly. *Vital Health Stat* 5 1993(7):21-6.
20. Baltes PB. The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age. *Psychol Med* 1991;21(4):837-54.
21. Hurley SF, Bond LM, Carlin JB, Evans DB, Kaldor JM. A method for estimating baseline health care costs. *J Epidemiol Community Health* 1995;49(5):525-31.
22. Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité da vie liée à la santé. *Revue Prevenir* 1997;33:77-86.
23. Albrecht G, Fitzpatrick R. A sociological perspective on health-related quality of life research. *Advances in Medical Sociology* 1994;5:1-21.
24. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. *J. Epidemiol.* 1997a;24(3):85-89.
25. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde colectiva* 2000;1(5):7-18.
26. Gift HC, Atchison KA. Oral health, health, and health-related quality of life. *Med Care* 1995;33(11 Suppl):NS57-77.
27. Duarte AO. *Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 33-47.
28. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promot Int* 2006;21(4):340-5.
29. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-9..
30. Brown I, Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. *Int J Rehabil Res* 1995;18(2):93-102.
31. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV; Py L; Neri AL; Cançado FAX; Gorzoni ML; Rocha SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. cap.8, p.81.
32. Stewart A, King A. Conceptualizing and measuring quality of life in older populations. In: Abeles R, Gift HC, Ory M, editors. *Aging and quality of life*. New York: Springer Publishing Company; 1994.
33. Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med* 1997;45(221-30).

34. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
35. Kandelman D, PE P, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008;28(6):224-36.
36. Walls AW, Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Moynihan PJ. Oral health and nutrition in older people. *J Public Health Dent* 2000;60:304-7.
37. Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8(7):360-4.
38. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 Suppl 1:3-23.
39. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.
40. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:580-8.
41. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:195-203.
42. Werner CW. Odontologia geriátrica. *Rev. Fac. Odont Lins* 1998;11(1):62-70.
43. Lawton MP. Enviroment and other determinants of well being in older people. *The Gerontologist*, vol.23, p.349-57,1983.
44. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte AOD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 33-47.
45. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993(43):9-16.
46. TheWHOQOLGroup1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.
47. TheWHOQOLGroup1998a. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 12:1569-1585.
48. TheWHOQOLGroup1998b. Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychological Medicine* 28:551-558.
49. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal Oral Health Impact Profile OHIP. *Ufes Rev Odontol* 2001; 3(1):32-8.
50. Silva SRC, Fernades RAC. Auto-percepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001;35(4):349-55.

51. Locker D, Miller Y. Subjectively reported oral health status in an adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22(6):425-30.
52. Kononen M, Lipasti J, Murtomaa H. Comparison of dental information obtained from self-examination and clinical examination. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986;14(5):258-60.
53. Gordon SR, Fryer GE, Niessen L. Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status. *J Prosthet Dent* 1988;59(3):323-7.
54. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J* 1994;39(6):358-64.
55. MacEntee MI. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. *Gerodontology* 1996;13(2):76-81.
56. Steele JG, Walls AW, Ayatollahi SM, Murray JJ. Dental attitudes and behaviour among a sample of dentate older adults from three English communities. *Br Dent J* 1996;180(4):131-6.
57. Biazevic MG. Indicadores subjetivos em saúde oral: uma revisão sistemática. 2001. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
58. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol]* 1980;14A(6):597-605.
59. Barros MB. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev Saúde Pública* 1986;20(4):269-73.
60. Chianca TC, De Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna EL. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Revista FOLA ORAL* 1999;5(16):96-102.
61. Reisine ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *Am J Public Health* 1985;75(1):27-30.
62. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators--the social impact of dental disease. *Community Dent Health* 1986;3(1):3-17.
63. Leake JL. An index of chewing ability. *J Public Health Dent* 1990;50(4):262-7.
64. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990;54(11):680-7.
65. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994;11(1):3-11.
66. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health* 1996;13(1):22-6.
67. Kressin NR. The oral health-related quality of life measure (OHQOL). In: Slade GD. (Ed) *Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina, School of Dentistry, pp.113-120, 1997.
68. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *J Am Dent Assoc* 1993;124(1):105-10.

69. Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development of an outcome measure of oral health. *Am. J. Public Health.*, 65: 1304-10, 1975.
70. Reisine S. Oral health and the sickness impact profile. In: Slade GD., (Ed.) *Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina, School of Dentistry. Pp.57-64, 1997.
71. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD.(Ed) *Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina, Schol of Dentistry, pp.151-160, 1997.
72. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J. Oral Rehabilitation*, 1998.
73. Cornell JE. Oral health quality of life inventory. *J. Behav. Med.* 1994;4(3):257-72.
74. Dolan TA, Gooch BF, Bourque LB. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19(1):1-8.
75. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17(1):7-10.
76. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(5):373-81.
77. Kressin N, Spiro A, 3rd, Bosse R, Garcia R, Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. *Med Care* 1996;34(5):416-27.
78. Kressin NR. Symposium on self-reported assessments of oral health outcomes. Introduction. *J Dent Educ* 1996;60(6):485-7.
79. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(6):385-9.
80. Locker D, Slade G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Can Dent Assoc* 1993;59(10):830-3, 37-8, 44.
81. Locker D. Health outcomes of oral disorders. *Int J Epidemiol* 1995;24 Suppl 1:S85-9.
82. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1):52-61.
83. Allison P, Locker D, Jokovic A, Slade G. A cross-cultural study of oral health values. *J Dent Res* 1999;78(2):643-9.
84. Larsson P, List T, Lundstrom I, Marcusson A, Ohrbach R. Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S). *Acta Odontol Scand* 2004;62(3):147-52.
85. Segu M, Collesano V, Lobbia S, Rezzani C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):125-30.

86. Pires CP, Ferraz MB, de Abreu MH. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res* 2006;20(3):263-8.
87. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(4):284-90.
88. Ekanayake L, Perera I. Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. *Gerodontology* 2003;20(2):95-9.
89. Soe KK, Gelbier S, Robinson PG. Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. *Community Dent Health* 2004;21(4):306-11.
90. Saub R, Locker D, Allison P. Derivation and validation of the short version of the Malaysian Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(5):378-83.
91. Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 2004;21(3):167-76.
92. Kushnir D, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *J Public Health Dent* 2004;64(2):71-5.
93. Hagglin C, Berggren U, Hakeberg M, Edvardsson A, Eriksson M. Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental care. *Swed Dent J* 2007;31(2):91-101.
94. Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada - Parte I: Adaptação cultural e linguística. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(1):6-15
95. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(4):307-14.
96. Lee S, McGrath C, Samman N. Impact of orthognathic surgery on quality of life. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66(6):1194-9.
97. Heffernan MP, Smith DI, Bentley D, Tabacchi M, Graves JE. A single-center, open-label, prospective pilot study of subcutaneous efalizumab for oral erosive lichen planus. *J Drugs Dermatol* 2007;6(3):310-4.
98. Llewellyn CD, Warnakulasuriya S. The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life. *Eur J Oral Sci* 2003;111(4):297-304.
99. Awad MA, Lund JP, Shapiro SH, Locker D, Klemetti E, Chehade A, et al. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont* 2003;16(4):390-6.
100. Pace-Balzan A, Butterworth CJ, Dawson LJ, Lowe D, Rogers SN. The further development and validation of the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire (LORQ) version 3: a cross-sectional survey of patients referred to a dental

- hospital for removable prostheses replacement. *J Prosthet Dent* 2008;99(3):233-42.
101. Biazevic MG, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joacaba, Santa Catarina, Brazil. *Pesqui Odontol Bras* 2004;18(1):85-91.
 102. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(4):305-16.
 103. Ide R, Mizoue T, Yamamoto R, Tsuneoka M. Development of a shortened Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP) for young and middle-aged adults. *Community Dent Health* 2008;25(1):38-43.
 104. Oscarson N, Kallestål C, Lindholm L. A pilot study of the use of oral health-related quality of life measures as an outcome for analysing the impact of caries disease among Swedish 19-year-olds. *Caries Res* 2007;41(2):85-92.
 105. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J* 2005;198(8):489-93; discussion 83.
 106. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(5):370-7.
 107. Ferreira CA, Loureiro CA, Araujo VE. [Psychometrics properties of subjective indicator in children]. *Rev Saude Publica* 2004;38(3):445-52.
 108. Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34(1):53-62.
 109. Berretin-Felix G, Nary Filho H, Padovani CR, Machado WM. A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Implants Res* 2008;19(7):704-8.
 110. Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(1):10-8.
 111. Gagliardi DI, Slade GD, Sanders AE. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. *Aust Dent J* 2008;53(1):26-33.
 112. Shugars DA, Gentile MA, Ahmad N, Stavropoulos MF, Slade GD, Phillips C, et al. Assessment of oral health-related quality of life before and after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(12):1721-30.
 113. McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y. Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61(7):759-63; discussion 64-5.

114. McNutt M, Partrick M, Shugars DA, Phillips C, White RP, Jr. Impact of symptomatic pericoronitis on health-related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66(12):2482-7.
115. Vermaire JH, de Jongh A, Aartman IH. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(5):409-16.
116. Mehrstedt M, John MT, Tonnies S, Micheelis W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(5):357-63.
117. Ozcelik O, Haytac MC, Seydaoglu G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol* 2007;34(9):788-96.
118. Drumond-Santana T, Costa FO, Zenobio EG, Soares RV, Santana TD. [Impact of periodontal disease on quality of life for dentate diabetics]. *Cad Saude Publica* 2007;23(3):637-44.
119. de Oliveira CM, Sheiham A. The relationship between normative orthodontic treatment need and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(6):426-36.
120. de Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod* 2004;31(1):20-7; discussion 15.
121. Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2002;62(1):13-20.
122. Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(4):280-8.
123. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont* 2002;15(5):446-50.
124. Allen PF, McMillan AS. The impact of tooth loss in a denture wearing population: an assessment using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1999;16(3):176-80.
125. Atchison KA, Dubin LF. Understanding health behavior and perceptions. *Dent Clin North Am* 2003;47(1):21-39.
126. Cardoso J, Machado MEL. *Odontologia: arte e conhecimento*. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2003. p. 440-53.
127. Paschoal SMP. *Epidemiologia do Envelhecimento*. In: *Gerontologia São Paulo*: Editora Atheneu; 2002. p. 26-43.
128. Barnes IE, Walls A. *Gerodontology*. Wright ed. London; 1994. p. 212.
129. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial; um desafio novo. *Rev Saude Publ* 1987;21(3):200-10.

130. Detruit JC, Sornin G, Bitton D, Guivante-Nabet C. Démographie des personnes âgées et incidences médico-sociales. *Act Odonto Stomatol* 2001;55(214):137-48.
131. Cohen LK. International comparisons in the provision of oral health care. *Br Dent J* 1980;149:347-51.
132. Bates JF, Adams D, Stafford GD. Introduction. In : *Odontologie gériatrique*. Paris: Masson; 1991. p. 8-19..
133. WHO. Population Fund. Report; 2000.
134. WHO. Comprehensive Tables. The 2006 Revision, vol I. Nova York. 2007.
135. Instituto Nacional de Estatística. As gerações mais idosas; 1999.
136. Instituto Nacional de Estatística. censos 2001. www.ine.pt, 2002.
137. Shinkai RS, Del Bel Cury AA. [The role of dentistry in the interdisciplinary team: contributing to comprehensive health care for the elderly]. *Cad Saude Publica* 2000;16(4):1099-109.
138. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):81-92.
139. FDI. Global goals for oral health in the year 2000. *Federation Dentaire Internationale. Int Dent J* 1982;32(1):74-7.
140. Atchison KA, Matthias RE, Dolan TA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO, et al. Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders. *J Public Health Dent* 1993;53(4):223-30.
141. Steele JG, Ayatollahi SM, Walls AW, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(2):143-9.
142. Kalk W, de Baat C, Meeuwissen JH. Is there a need for gerodontology? *Int Dent J* 1992;42(4):209-16.
143. Locker D, Jokovic A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(6):398-402.
144. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* 1997;57(1):40-7.
145. Locker D, Jokovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. *J Dent Res* 1997;76(6):1292-7.
146. Bergman JD, Wright FA, Hammond RH. The oral health of the elderly in Melbourne. *Aust Dent J* 1991;36(4):280-5.
147. Birman EG. Prevalência de lesões da mucosa bucal em pacientes geriátricos. *Rev Fac Odontol FZL* 1991;3(1):17-25.
148. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1992;26:155-60.

149. Pereira AC, Castellanos RA, da Silva SR, Watanabe MG, Queluz DP, Meneghim MC. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. *Braz Dent J* 1996;7(2):97-102.
150. Lester V, Ashley FP, Gibbons DE. The relationship between socio-dental indices of handicap, felt need for dental treatment and dental state in a group of frail and functionally dependent older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(3):155-9.
151. Drake CW, Beck JD, Strauss RP. The accuracy of oral self-perceptions in a dentate older population. *Spec Care Dentist* 1990;10(1):16-20.
152. Matthias RE, Atchison KA, Schweitzer SO, Lubben JE, Mayer-Oakes A, De Jong F. Comparisons between dentist ratings and self-ratings of dental appearance in an elderly population. *Spec Care Dentist* 1993;13(2):53-60.
153. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J* 1994;44(2):145-52.
154. Watanabe I. The dental situation in Japan's aging society. *Dent Japan* 1995;32:161-4.
155. Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *J Dent Educ* 1997;61(1):37-46.
156. Tervonen T, Knuuttila M. Awareness of dental disorders and discrepancy between "objective" and "subjective" dental treatment needs. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988;16(6):345-8.
157. Brown LJ, Winn DM, White BA. Dental caries, restoration and tooth conditions in U.S. adults, 1988-1991. Selected findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Dent Assoc* 1996;127(9):1315-25.
158. OMS. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de Instruções. 3. ed. São Paulo : Editora Santos, 1991.
159. Silva MJ. Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade das cáries radiculares na população portuguesa institucionalizada [Tese de doutoramento]. Porto: Universidade do Porto; 1995.
160. Fernandes JC. Necessidades protéticas na população portuguesa institucionalizada- contribuição para o seu estudo [Tese de Doutoramento]. Porto: Universidade do Porto; 1995.
161. Ferreira MI. Estudo da gravidade das cáries radiculares numa população institucionalizada [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2003.
162. Sousa I. Estudo da prevalência e da gravidade das cáries radiculares numa população idosa institucionalizada do Norte de Portugal [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2005.
163. Gavinha S. Saúde Oral Sénior [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2000.
164. Magalhães AS. Levantamento das necessidades de tratamento em saúde oral na população sénior institucionalizada do Concelho de Vila Nova de Gaia e

- apresentação de um programa para solucionar as necessidades encontradas [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2000.
165. Wolff A, Ship JA, Tylenda CA, Fox PC, Baum BJ. Oral mucosal appearance is unchanged in healthy, different-aged persons. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71(5):569-72.
 166. Rodríguez Baciero G, Goiriena de Gandarias F, Mallo Pérez L. Envejecimento de las mucosas. In: *Patología de la Mucosa Bucal en los Ancianos españoles*. Ed Eguía, S.L.Bilbao; 1999. p. 44-6.
 167. Areias CM. Grau de satisfação de pacientes portadores de prótese dentária removível [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2004.
 168. Silva MHF. Estomatite protética- identificação e caracterização dos factores etiológicos e predisponentes [Tese de Doutoramento]. Porto: Universidade do Porto; 2000.
 169. Braz MP. Estudo dos factores de risco de saúde oral numa população sénior institucionalizada do concelho do Porto [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2005.
 170. Bailit HL, Braun R, Maryniuk GA, Camp P. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? *J Am Dent Assoc* 1987;114(1):40-5.
 171. Antczak AA, Branch LG. Perceived barriers to the use of dental services by the elderly. *Gerodontology* 1985;1(4):194-8.
 172. Burt BA. Influences for change in the dental health status of populations: an historical perspective. *J Public Health Dent* 1978;38(4):272-88.
 173. Brodeur JM, Benigeri M, Naccache H, Olivier M, Payette M. [Trends in the level of edentulism in Quebec between 1980 and 1993]. *J Can Dent Assoc* 1996;62(2):159-60, 62-6.
 174. Douglass CW, Shih A, Ostry L. Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? *J Prosthet Dent* 2002;87(1):5-8.
 175. Millar WJ, Locker D. Edentulism and denture use. *Health Rep* 2005;17(1):55-8.
 176. Mojon P, Thomason JM, Walls AW. The impact of falling rates of edentulism. *Int J Prosthodont* 2004;17(4):434-40.
 177. Montal S, Tramini P, Triay JA, Valcarcel J. Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology* 2006;23(2):67-72.
 178. Beltran-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, et al. Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis--United States, 1988-1994 and 1999-2002. *MMWR Surveill Summ* 2005;54(3):1-43.
 179. Locker D, Slade GD, Leake JL. Prevalence of and factors associated with root decay in older adults in Canada. *J Dent Res* 1989;68(5):768-72.
 180. Sanders AE, Slade GD, Carter KD, Stewart JF. Trends in prevalence of complete tooth loss among Australians, 1979--2002. *Aust N Z J Public Health* 2004;28(6):549-54.

181. Fukuda H, Shinsho F, Nakajima K, Takahashi S, Tatara K. Oral health habits and the number of teeth present in Japanese aged 50-80 years. *Community Dent Health* 1997;14(4):248-52.
182. Jokstad A, Ambjornsen E, Eide KE. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. *Acta Odontol Scand* 1996;54(5):303-8.
183. Strubig W, Depping M. Coronal caries and restorations in an elderly population in Germany. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20(4):235-8.
184. MacEntee MI. How severe is the threat of caries to old teeth? *J Prosthet Dent* 1994;71(5):473-7.
185. Fure S. Five-year incidence of coronal and root caries in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. *Caries Res* 1997;31(4):249-58.
186. Schupbach P, Osterwalder V, Guggenheim B. Human root caries: microbiota of a limited number of root caries lesions. *Caries Res* 1996;30(1):52-64.
187. van Strijp AJ, van Steenberghe TJ, ten Cate JM. Bacterial colonization of mineralized and completely demineralized dentine in situ. *Caries Res* 1997;31(5):349-55.
188. Zambon JJ, Kasprzak SA. The microbiology and histopathology of human root caries. *Am J Dent* 1995;8(6):323-8.
189. Beck JD, Koch GG, Offenbacher S. Attachment loss trends over 3 years in community-dwelling older adults. *J Periodontol* 1994;65(8):737-43.
190. Rosing CK, Daudt FA, Festugatto FE, Oppermann RV. Efficacy of interdental plaque control aids in periodontal maintenance patients: A comparative study. *Oral Health Prev Dent* 2006;4(2):99-103.
191. Bouma J, Schaub RM, van de Poel F. Relative importance of periodontal disease for full mouth extractions in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;15(1):41-5.
192. Chauncey HH, Glass RL, Alman JE. Dental caries. Principal cause of tooth extraction in a sample of US male adults. *Caries Res* 1989;23(3):200-5.
193. Morita M, Kimura T, Kanegae M, Ishikawa A, Watanabe T. Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22(5 Pt 1):303-6.
194. Shay K, Ship JA. The importance of oral health in the older patient. *J Am Geriatr Soc* 1995;43(12):1414-22.
195. Budtz-Jorgensen E, Mojon P, Rentsch A, Deslauriers N. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28(2):141-9.
196. Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol* 1981;10(2):65-80.
197. Holm-Pedersen P, Loe H. *Geriatric dentistry: a textbook of oral gerontology*. Copenhagen: Munksgaard. 1986.

198. Alcoforado G. Contribuição para o estudo microbiológico e histopatológico das doenças periodontais na criança [Tese de Doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 1995.
199. Soares D. Contribuição para a caracterização periodontal de uma população pediátrica da FMDUP [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2007.
200. Davis R, Meyer K, Freitas E, Kristoffersen T. Tooth loss and prosthetic replacement in Portugal- a baseline study in youths and adults. *Rev Port Estomat Cir Maxilofac* 1983;23:292-309.
201. Almeida CM, Emílio MC, Möller I, Marthaler T. 1º Inquérito Nacional explorador da prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. I Parte. *Rev Port Estomat Cir Maxilofac* 1990 a;31:137-49.
202. Almeida CM, Emílio MC, Möller I, Marthaler T. 1º Inquérito Nacional explorador da prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. II Parte. *Rev Port Estomat Cir Maxilofac* 1990 b;31:215-30.
203. Almeida CM, Emílio MC, Möller I, Marthaler T. 1º Inquérito Nacional explorador da prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. III Parte. *Rev Port Estomat Cir Maxilofac* 1991;32:9-22.
204. Marques MD. Saúde Oral de uma população do Porto, do grupo etário dos 30-39 anos [Tese de Doutoramento]. Porto: Universidade do Porto; 1994.
205. Marques MD, Bjertness E, Eriksen HM. Caries prevalence of young adults in Oslo, Norway and Porto, Portugal. A comparative analysis. *Acta Odontol Scand* 1994;52:111-15.
206. Neves MC. Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral de indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2006.
207. Almeida A, Loureiro CA, Araújo VE. Tradução transcultural do indicador de necessidade percebida perfil do impacto de saúde bucal (OHIP). *Rev CROMG* 2001 [no prelo].
208. Alvarez ML, Muzzo S, Ivanovic D. [Scale for measurement of socioeconomic level, in the health area]. *Rev Med Chil* 1985;113(3):243-9.
209. WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods. 4 ed. Geneva: World Health Organization. 1997.
210. Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1997;14(3):133-8.
211. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(2):90-9.
212. Wostmann B, Michel K, Brinkert B, Melchheier-Weskott A, Rehmann P, Balkenhol M. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. *J Dent* 2008.

213. Ikebe K, Hazeyama T, Morii K, Matsuda K, Maeda Y, Nokubi T. Impact of masticatory performance on oral health-related quality of life for elderly Japanese. *Int J Prosthodont* 2007;20(5):478-85.
214. Hassel AJ, Rolko C, Leisen J, Schmitter M, Rexroth W, Leckel M. Oral health-related quality of life and somatization in the elderly. *Qual Life Res* 2007;16(2):253-61.
215. Bortoli D, Locatelli F, Fadel C, Baldani M. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *UEPG Ci. Biol. Saúde* 2003;9(3/4):55-65.
216. Essex-Sorlie D. Developing the foundation for testing hypotheses. In: *Medical biostatistics & epidemiology*. Connecticut: Appleton & Lange, 1995;118-133.
217. McGrath C, Bedi R. Can dental attendance improve quality of life? *Br Dent J* 2001;190(5):262-5.
218. Kay EJ. How often should we go to the dentist? *Bmj* 1999;319(7204):204-5.
219. Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Educ* 2005;69(9):975-86.
220. McGrath C, Bedi R. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? *J Dent* 2003;31(3):217-21.
221. Macek MD, Cohen LA, Reid BC, Manski RJ. Dental visits among older U.S. adults, 1999: the roles of dentition status and cost. *J Am Dent Assoc* 2004;135(8):1154-62; quiz 65.
222. Locker D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(1):41-7.
223. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994;54(3):167-76.
224. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998;184(2):90-3; discussion 79.
225. Jones JA, Orner MB, Spiro A, 3rd, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *Int Dent J* 2003;53(5 Suppl):327-34.
226. Kieffer JM, Hoogstraten J. Linking oral health, general health, and quality of life. *Eur J Oral Sci* 2008;116(5):445-50.
227. Klages U, Esch M, Wehrbein H. Oral health impact in patients wearing removable prostheses: relations to somatization, pain sensitivity, and body consciousness. *Int J Prosthodont* 2005;18(2):106-11.
228. Ekanayake L, Perera I. The association between clinical oral health status and oral impacts experienced by older individuals in Sri Lanka. *J Oral Rehabil* 2004;31(9):831-6.
229. Bowling A. *Research methods in health*. Buckingham, Open University Press; 1997.

230. Miotto MHMB, Loureiro CA. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência dos impactos de saúde bucal na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2003; 5(3):6-14.
231. Giddon DB, Mosier M, Colton T, Bulman JS. Quantitative relationships between perceived and objective need for health care--dentistry as a model. *Public Health Rep* 1976;91(6):508-13.
232. Leao A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995;74(7):1408-13.
233. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995;55(4):197-204.
234. Witter DJ, van Palenstein Helderma WH, Creugers NH, Kayser AF. The shortened dental arch concept and its implications for oral health care. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27(4):249-58.
235. Marino R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1994;116(5):419-26.
236. Rosenberg D, Kaplan S, Senie R, Badner V. Relationships among dental functional status, clinical dental measures, and generic health measures. *J Dent Educ* 1988;52(11):653-7.
237. Locker D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(3):199-203.
238. Mendonça MT. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica* 2001;17(6):1545-47.
239. Vasconcellos MCC, Amaral JS. A sociedade brasileira e a prevenção em saúde bucal. *Rev Odont USP* 1992;6(3/4):133-9.
240. Slaughter A, Taylor L. Perceptions of dental care need among African-American elders: implications for health promotion. *Spec Care Dentist* 2005;25(3):158-63.
241. Ekanayake L, Perera I. Perceived need for dental care among dentate older individuals in Sri Lanka. *Spec Care Dentist* 2005;25(4):199-205.
242. Martins AM, Barreto SM, Pordeus IA. [Factors associated to self perceived need of dental care among Brazilian elderly]. *Rev Saude Publica* 2008;42(3):487-96.
243. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998;77(7):1529-38.
244. Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J* 1982;32(3):265-70.
245. Gilbert GH, Branch LG, Longmate J. Dental care use by U.S. veterans eligible for VA care. *Soc Sci Med* 1993;36(3):361-70.
246. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(5):351-60.
247. Adams T, Freeman R, Gelbier S, Gibson B. Accessing primary dental care in three London boroughs. *Community Dent Health* 1997;14(2):108-12.

248. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997;11(2):203-9.
249. Kay E. Patients' needs: more than meets the eye. *Br Dent J* 1993;174(6):212-4.
250. Bland JM, Altman DG. Statistics Notes: Validating scales and indexes. *Bmj* 2002;324(7337):606-7.
251. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dent Health* 1992;9(2):109-24.
252. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(6):423-30.
253. Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Spec Care Dentist* 2003;23(3):86-93.
254. Perera I, Ekanayake L. Prevalence of oral impacts in a Sinhala-speaking older population in urban Sri Lanka. *Community Dent Health* 2003;20(4):236-40.
255. Newton JT, Robinson PG, Khan F, Gelbier S, Gibbons DE. Testing a model of the relationship between gender, ethnicity, clinical status and impact in older adults from minority ethnic groups. *Gerodontology* 2002;19(2):102-8.
256. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology* 2001;18(2):102-8.
257. Chavers LS, Gilbert GH, Shelton BJ. Two-year incidence of oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(1):21-9.
258. Silva NS. Avaliação do efeito das condições sociodemográficas e utilização de serviços odontológicos sobre o perfil de impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida na população adulta idosa de Cuiabá-MT. [Dissertação]. Campinas: Centro de Pós-Graduação São Leopoldo Mandic. 2002.
259. Maia GCTP, Sales MS. Avaliação do impacto sobre saúde bucal produzido pelo sistema público odontológico no centro de saúde Eldorado de Montes Claros, MG. [Monografia]. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Odontologia, 2001.
260. Chapelin C. Avaliação do impacto sobre saúde bucal produzido pelo sistema público odontológico no centro de saúde de Vila Betânia, Viana, ES. [Monografia]. Vitória: Associação Brasileira de Odontologia. 2005.
261. Bombarda-Nunes FF, Miotto MH, Barcellos LA. Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, jan./abr. 2008;8(1):7-14.
262. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(2):107-14.

263. Brennan DS, Spencer AJ. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:35.
264. Brennan DS, Spencer AJ. Comparison of a generic and a specific measure of oral health related quality of life. *Community Dent Health* 2005;22(1):11-8.
265. Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients: a comparative study. *Acta Odontol Scand* 2001;59(5):273-9.
266. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res* 1996;75(7):1439-50.
267. Locker D. Does dental care improve the oral health of older adults? . *Community Dent Health* 2001;18(1):7-15.
268. Todd J, Lader D. Adult dental health in United Kingdom in 1988. London: HSMO, 1991.
269. Sheiham A, Maizels J, Cushing A, Holmes J. Dental attendance and dental status. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985;13(6):304-9.
270. Murray JJ. Attendance patterns and oral health. *Br Dent J* 1996;181(9):339-42.
271. McGrath C, Bedi R. The value and use of 'quality of life' measures in the primary dental care setting. *Prim Dent Care* 1999;6(2):53-7.
272. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology* 2003;20(2):64-77.
273. Ikebe K, Morii K, Kashiwagi J, Nokubi T, Ettinger RL. Impact of dry mouth on oral symptoms and function in removable denture wearers in Japan. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99(6):704-10.
274. Ikebe K, Matsuda K, Morii K, Wada M, Hazeyama T, Nokubi T, et al. Impact of dry mouth and hyposalivation on oral health-related quality of life of elderly Japanese. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103(2):216-22.
275. Gerdin EW, Einarson S, Jonsson M, Aronsson K, Johansson I. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. *Gerodontology* 2005;22(4):219-26.
276. Matear DW, Locker D, Stephens M, Lawrence HP. Associations between xerostomia and health status indicators in the elderly. *J R Soc Promot Health* 2006;126(2):79-85.
277. Thomson WM, Lawrence HP, Broadbent JM, Poulton R. The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:86.
278. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res* 2000;79(4):970-5.
279. MacEntee MI, Hole R, Stolar E. The significance of the mouth in old age. *Soc Sci Med* 1997;45(9):1449-58.

280. Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(4):711-7.
281. Erickson L. Oral health promotion and prevention for older adults. *Dent Clin North Am* 1997;41(4):727-50.
282. Ettinger RL. Demography and dental needs, an international perspective. *Gerodontology* 1993;10(1):3-9.
283. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(2):125-32.
284. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998;52(4):307-15.
285. McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* 2001;29(4):243-6.
286. Appollonio I, Carabellese C, Frattola A, Trabucchi M. Dental status, quality of life, and mortality in an older community population: a multivariate approach. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(11):1315-23.
287. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc saúde coletiva* 2006;11(1):211-18.
288. Hogenius S, Berggren U, Blomberg S, Jemt T, Ohman SC. Demographical, odontological, and psychological variables in individuals referred for osseointegrated dental implants. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20(4):224-8.
289. Gallagher P, Desmond D. Measuring quality of life in prosthetic practice: benefits and challenges. *Prosthet Orthot Int* 2007;31(2):167-76.
290. Ellis JS, Pelekis ND, Thomason JM. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. *J Prosthodont* 2007;16(1):37-42.
291. McNaugher GA, Benington IC, Freeman R. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wearers. *Gerodontology* 2001;18(1):51-7.
292. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Odontólogo Moderno* 1992;19:11-13.
293. Budtz-Jorgensen E, Chung JP, Mojon P. Successful aging--the case for prosthetic therapy. *J Public Health Dent* 2000;60(4):308-12.
294. Osterberg T, Tsuga K, Rothenberg E, Carlsson GE, Steen B. Masticatory ability in 80-year-old subjects and its relation to intake of energy, nutrients and food items. *Gerodontology* 2002;19(2):95-101.
295. Oliveira TRC, Frigerio MLMA. Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology* 2004;21(4):205-8.
296. Agerberg C, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. *Acta Odontol Scand* 1981;39(4):147-53.

297. van Waas MA. Determinants of dissatisfaction with dentures: a multiple regression analysis. *J Prosthet Dent* 1990;64(5):569-72.
298. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J* 2000;188(9):503-6.
299. Brunetti RF, Montenegro FL, Manetta CE. Odontologia geriátrica no Brasil atual. *Geriatr.*, v. 3, n. 15, p. 26-29 jan./fev. 1998.
300. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodontal Res* 2007;42(2):169-76.
301. Marino R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(1):85-94.
302. Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev Bras Odontol.* 1998;55:238-41.
303. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004;31(6):454-7.
304. Tonetti MS, Fourmoussis I, Suvan J, Cortellini P, Bragger U, Lang NP. Healing, post-operative morbidity and patient perception of outcomes following regenerative therapy of deep intrabony defects. *J Clin Periodontol* 2004;31(12):1092-8.
305. Ng SK, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34(2):114-22.
306. Slade GD, Gansky SA, Spencer AJ. Two-year incidence of tooth loss among South Australians aged 60+ years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(6):429-37.
307. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health* 2006;6:11.
308. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ* 2005;83(9):644.
309. Akifusa S, Soh I, Ansai T, Hamasaki T, Takata Y, Yohida A, et al. Relationship of number of remaining teeth to health-related quality of life in community-dwelling elderly. *Gerodontology* 2005;22(2):91-7.
310. Warren JJ, Watkins CA, Cowen HJ, Hand JS, Levy SM, Kuthy RA. Tooth loss in the very old: 13-15-year incidence among elderly Iowans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(1):29-37.
311. Gutiérrez-Robledo LM. Afecciones orales. En: Anzola-Pérez E, Galinsky D, Morales-Martínez F, Salas AR, Sánchez-Ayénde M, eds. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. .
312. Biazevic MG, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MO. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res* 2008;22(1):36-42.

313. Mack F, Schwahn C, Feine JS, Mundt T, Bernhardt O, John U, et al. The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania (SHIP-O). *Int J Prosthodont* 2005;18(5):414-9.
314. Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Reyes-Morales H, de la Fuente-Hernandez J, Solorzano-Santos F, Garcia-Pena C. [State of dentition and its impact on the capacity of elders to perform daily activities]. *Salud Publica Mex* 2007;49(3):173-81.
315. McMillan AS, Wong MC, Lo EC, Allen PF. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *J Oral Rehabil* 2003;30(1):46-54.
316. Lee IC, Shieh TY, Yang YH, Tsai CC, Wang KH. Individuals' perception of oral health and its impact on the health-related quality of life. *J Oral Rehabil* 2007;34(2):79-87.
317. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology* 1994;11(2):108-14.
318. Cormack EF, Gevaerd S, Schmidt C, Reichow R. Saúde bucal e qualidade de vida do idoso. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=284&idesp=19&ler=s>; 2001.
319. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001;80(2):408-13.
320. Nardi A. Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil. [Tese de Mestrado]. Santa Catarina: Universidade do Oeste de Santa Catarina 2003.
321. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saude Publica* 1997;31(5):538-42.
322. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:40.
323. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:161-9.
324. Reisine ST. The impact of dental condition on social functioning and quality of life. *Annu Rev Public Health* 1988;9:1-19.
325. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(67-72).
326. Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43:1213-22.
327. Ettinger RL. Clinical decision making in the dental treatment of the elderly. *Gerodontology* 1984;3(2):157-65.

- 328. McGrath C, Bedi R. Measuring the impact of oral health on life quality in two national surveys - functionalist versus hermeneutic approaches. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(4):254-9.
- 329. Birch S. Measuring dental health: improvements on the DMF index. *Community Dent Health* 1986;3(4):303-11.
- 330. Pinto VG. Saúde bucal para adultos. In: *Saúde bucal coletiva*. 4 ed. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 114-16.
- 331. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dental J* 2003 Oct; 53 (5): 285-8.

X. ANEXOS

X. ANEXOS

Anexo 1: Declaração de consentimento informado

Anexo 2: Ficha de recolha de dados

Anexo 3: Critérios para o registo dentário

Anexo 4: Operacionalização das variáveis independentes

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, após ser devidamente informado sobre a pesquisa que será realizada pela Médica Dentista, Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires, com o seguinte título: ***“Influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida”***, concordo em participar, de livre e espontânea vontade, desta pesquisa certo que as minhas informações contribuirão para o melhor conhecimento da saúde oral de indivíduos idosos. Fui esclarecido dos objectivos da pesquisa e sobre os instrumentos que serão utilizados pela investigadora, os quais constarão de questionários específicos que incluem a minha percepção da saúde oral e exames clínicos, não invasivos, com a finalidade de mensurar a condição de saúde oral. A pesquisadora responsabiliza-se pela garantia do sigilo da minha identidade e pela ausência de quaisquer riscos ou danos, além de se comprometer a oferecer esclarecimentos a qualquer momento do curso da pesquisa. Estou ciente de que posso desistir de participar deste estudo a qualquer momento.

Concordo que as informações recolhidas sejam divulgadas sob forma de publicação científica, desde que resguardado o sigilo da minha identidade.

_____, ____/____/____.

Participante

Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

Ano		Mês		Dia		Nº de identif.				Examinador	Orig./Duplic.				
(1)				(4)	(5)			(6)	(7)		(10)		(11)		(12)

Nome

Data de Nascimento (13)

--	--	--	--

 (16) Idade (17)

--	--

 (18)

Sexo (M=1; F=2) ☐ (19) Grupo étnico ☐ (20)

Localização Geográfica (21) (22) Caracterização urbana 1= urbana
2= peri-urbana (23)
3= rural

Classe Sócio-económica (Graffar) ☐ (24)

Doenças
gerais

Sensação de boca seca 0= Não ☐ (25)
 1= Sim

Auto-avaliação da saúde oral

0= Má
1= Razoável
2= Boa
3= Excelente

(26)

Existe algum problema com os seus dentes

0= Não
1= Sim

☐ (27)

Existe algum problema com as suas gengivas

0= Não ☐ (28)

1= Sim

Data da última visita ao dentista

1= menos de 1 ano
2= entre 1 e 3 anos
3= mais de 3 anos
4= nunca

☐ (29)

Motivo usual para visita ao dentista

1= rotina
2= dor
3= prótese
4= nunca visita

☐ (30)

Acha que necessita de ir ao dentista para tratamento 0= Não 1= Sim ☐ (31)

Exame Clínico

Registo dentário

[illegible][illegible]

Código		Condição
Coroa	Raiz	
0 (A)	0	São
1 (B)	1	Cariado
2 (C)	2	Obturado, com cárie
3 (D)	3	Obturado, sem cárie
4 (E)	-	Perdido, por cárie
5 (-)	-	Perdido, por outro motivo
6 (F)	-	Selante de fissura
7 (G)	7	Prótese fixa / coroa especial ou implante
8 (-)	8	Dente não erupcionado/raiz não exposta
T (T)	-	Trauma (fractura)
9 (-)	9	Não registado

Código	Tratamento
0	Nenhum
P	Medidas preventivas
F	Selante de fissuras
1	Restauração de 1 face
2	Restauração de 2 ou mais faces
3	Coroa de prótese fixa
4	Faceta
5	TER e restauração
6	Extracção
7	Necessidade de outros tratamentos
8	Necessidade de outros tratamentos
9	Não registado

Registo periodontal

	17/16	11	26/27	
(128)				(130)
(131)				(133)
	47/46	31	36/37	

Códigos	
0	Saudável
1	Sangramento
2	Tártaro
3	Bolsa 4-5 mm
4	Bolsa ≥ 6 mm
X	Excluído
9	Não registado

Situação protética

0= sem prótese
 1= ponte
 2= várias pontes
 3= prótese parcial
 4= ponte e prótese parcial
 5= Prótese total removível
 9= não registado

sup inf
 (134) (135)

Necessidade protética

0= sem necessidade
 1= necessidade de uma prótese unitária
 2= necessidade de prótese com mais de um dente
 3= necessidade de combinação de prótese uni e multidententes
 4= necessidade de prótese total
 9= não registado

sup inf
 (136) (137)

Mucosa Oral

Condições

0= Sem lesões
 1= Tumor maligno
 2= Leucoplasia
 3= Líquen plano
 4= Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
 5= Gengivite necrozante aguda
 6= Candidíase
 7= Abscesso
 8= Outra condição
 9= Não registado

(138) (141)

(139) (142)

(140) (143)

Localização

0= Rebordo vermelho
 1= Comissuras
 2= Lábios
 3= Sulcos
 4= Mucosa bucal
 5= Solo da boca
 6= Língua
 7= Palato duro e mole
 8= Bordo alveolar
 9= Não registado

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL INTERNACIONAL DE GRAFFAR

Com um círculo, assinalar a alínea que melhor se aplica ao indivíduo. Anotar esse número no final de cada um dos 5 grupos. Por fim, somar as 5 notas obtidas.

	NOTA PARCELAR
I - Profissão (considera-se a profissão de pessoa que na família atingiu um nível profissional mais elevado) <ol style="list-style-type: none"> 1. Quadros superiores (directores de empresas financeiras e bancárias, directores técnicos de empresas industriais, licenciados e militares de alta patente). 2. Empregados de escritório com posições de chefia, chefes de secções de grandes empresas, subdirectores bancários, comerciantes, peritos, trabalhadores especializados, bancários e profissionais de seguros, etc. 3. "Artistas", como serralheiros, mecânicos, carpinteiros, electricistas, que trabalham por conta própria em oficinas pequenas. Operários especializados, contabilistas, desenhadores, etc. 4. Polícias, motoristas, operários pouco diferenciados, etc. 5. Porteiros, ajudantes de cozinha, empregadas domésticas, pessoal auxiliar, etc. 	
II - Nível de instrução <ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciatura ou bacharelato (mais de 12 anos de estudo). 2. Ensino médio ou técnico superior (10 a 12 anos de estudo). 3. Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). 4. Ensino primário com ou sem ciclo preparatório (4 a 6 anos de estudo). 5. Ensino primário incompleto ou nulo. 	
III - Principal fonte de rendimentos <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna herdada ou adquirida (vive de rendimentos). 2. Lucros de empresas, altos honorários, cargos bem remunerados, etc. 3. Vencimento mensal fixo (ordenado). 4. Remuneração semanal, diária ou à tarefa. 5. Sustento por beneficência, pública ou privada. Não incluir subsídios de desemprego ou incapacidade para o trabalho. 	
IV - Conforto do alojamento <ol style="list-style-type: none"> 1. Moradia ou andar de luxo. 2. Moradia ou andar sem luxo mas espaçoso e confortável. 3. Casa ou andar modesto, bem conservado, com cozinha e quarto de banho. 4. Construção clandestina ou não, em razoável estado de conservação, mas sem quarto de banho dentro de casa. 5. Barracas, ou outros espaços sem as mínimas condições de salubridade e privacidade 	
V - Aspecto da zona de habitação <ol style="list-style-type: none"> 1. Bairro residencial onde o m² é muito caro. 2. Bairro residencial bom, de ruas largas, casas confortáveis mas sem luxo. 3. Zona de baixa citadina, com ruas antigas, estreitas e pouco arejadas, ou de bairro de construção económica, com água, luz e saneamento. 4. Bairro populoso e degradado, embora de construção minimamente aceitável mas sem água, luz e saneamento. 5. Bairro de lata. 	
NOTA GERAL	

CLASSIFICAÇÃO

5 a 9 pontos	Famílias de Classe I
10 a 13 pontos	Famílias de Classe II
14 a 17 pontos	Famílias de Classe III
18 a 21 pontos	Famílias de Classe IV
22 a 25 pontos	Famílias de Classe V

Durante o **ÚLTIMO ANO**, com que frequência tem tido os seguintes problemas, devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?

Por favor, coloque uma cruz à volta da resposta.

		Durante o último ano	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não Sei
0.51	1	Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.49	2	Tem notado que o sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.34	3	Tem tido muitas dores na boca?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.66	4	Tem sentido desconforto aos comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.45	5	Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.55	6	Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.52	7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.48	8	Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.60	9	Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.40	10	Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.62	11	Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.38	12	Tem tido dificuldade em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.59	13	Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9
0.41	14	Tem sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 9

REGISTO DENTÁRIO

Observação sistemática seguindo sempre a mesma ordem em todos indivíduos, iniciando-se pelo último dente presente no primeiro quadrante (Q1), percorrendo todos os dentes presentes (permanentes ou decíduos) nos restantes quadrantes, seguindo a ordem dos ponteiros dos relógio até ao último dente do quarto quadrante (Q4).

Os dentes são considerados presentes quando apresentam alguma parte visível.

A condição da dentição permanente é registada com números e a da dentição decídua com letras.

Material utilizado: sonda CPI e espelho intra-oral

Critérios de diagnóstico de cárie e código respectivo:

0 (A) - SAUDÁVEL - dente sem evidência de cárie tratada ou não; os estadios de cárie que precedem a cavitação são excluídos, pelo que dentes com as seguintes alterações são considerados sãos:

- manchas brancas ou cor de gesso;
- manchas descoradas ou rugosas que são duras ao toque com sonda;
- fossas ou fissuras que prendem a sonda, mas em que não é detectável um fundo ou paredes amolecidas ou esmalte não suportado;
- áreas de depressão no esmalte apresentando-se escurecidas, lustrosas e duras em dentes mostrando sinais moderados ou intensos de fluorose;
- lesões que de acordo com a sua distribuição, história ou exame visual/táctil, parecem dever-se à abrasão.

1 (B) - DENTE CARIADO - um dente é considerado cariado quando apresenta:

uma lesão numa fossa ou fissura ou numa superfície lisa do dente;

- uma cavidade visível;
- esmalte não suportado, paredes ou fundo amolecido;
- uma obturação provisória;
- um selante com cárie.

2 (C)- DENTE OBTURADO, COM CÁRIE - um dente é considerado obturado e com cárie, quando apresenta uma ou mais obturações e uma ou mais áreas cariadas, independentemente de se tratar de cárie primária ou de recidiva.

3 (D)- DENTE OBTURADO, SEM CÁRIE - um dente é considerado obturado e sem cárie, quando apresenta uma ou mais obturações permanentes e não apresenta sinais de cárie, primária, secundária ou recidivada. Um dente com uma coroa de prótese fixa colocada posteriormente a um processo de cárie, é registado como obturado.

4 (E)- DENTE EXTRAÍDO POR CÁRIE – código referente a dentes ausentes como consequência de um processo de cárie. Para distinguir entre dente não erupcionado (código 8) e dente ausente por outros motivos (código 5) deve-se ter em consideração elementos úteis para este diagnóstico diferencial, nomeadamente o conhecimento dos padrões de erupção, a situação do dente contra-lateral, o aspecto do rebordo alveolar e o grau de actividade cariogénica presente noutros dentes da boca.

5 (-)- DENTE PERMANENTE AUSENTE POR OUTROS MOTIVOS - são incluídos neste código, os dentes ausentes por causa congénita, extraídos por razões ortodônticas, doença periodontal ou por traumatismo.

6 (F)- SELANTE DE FISSURA - dentes com selantes de fissuras. Se um dente com selante tem cárie, deve ser codificado com n.º 1.

7 (G)- PILAR DE PONTE OU COROA ESPECIAL - código aplicado a dentes pilares de pontes e também no caso de coroas colocadas por outros motivos que não cárie. Os pânticos são codificados com o n.º 4 ou 5.

8 (-)- DENTE NÃO ERUPCIONADO - esta classificação é restrita a dentes permanentes, e usada apenas para um espaço desdentado com um dente permanente não erupcionado, e no caso de não estar presente o dente decíduo.

T (T)- TRAUMA (FRACTURA) - um dente é registado como fracturado, quando falta alguma das suas superfícies resultando de traumatismo e não há evidência de cárie.

9 (-)- DENTE NÃO REGISTADO - este código é usado para dentes permanentes erupcionados que não podem ser examinados por algum motivo, por exemplo, por presença de bandas ortodônticas, hipoplasia severa, etc.

Crítérios de avaliação das necessidades de tratamento e respectivo código

Ao tomar a decisão acerca do tipo de tratamento mais apropriada à situação clínica presente, o examinador deve fazer basear-se na sua experiência profissional.

A atribuição das necessidades de tratamento deve ter em conta a peça dentária (raiz e coroa) e deve ser registado após o registo da condição de cárie do mesmo.

Códigos:

0 - SEM NECESSIDADE DE TRATAMENTO: este código é atribuído se o dente (coroa e raiz) está saudável ou não necessita de qualquer tratamento.

P - NECESSIDADE DE MEDIDAS PREVENTIVAS

F - SELANTES DE FISSURAS

1 - RESTAURAÇÃO DE UMA FACE

2 - RESTAURAÇÃO DE DUAS OU MAIS FACES

Um dos códigos P, F, 1 ou 2 deve ser usado para indicar o tratamento necessário para:

- tratamento de cáries iniciais, primárias ou secundárias;
- tratamento de descolorações dentárias ou defeitos resultantes de anomalias de desenvolvimento dentário;
- tratamento de lesões resultantes de trauma, abrasão, erosão ou atricção;
- substituição de selantes não satisfatórios, considerados assim quando existe uma perda parcial do selante que expõe uma fossa ou fissura ou uma superfície de dentina que, na opinião do examinador, requer novo selante;
- substituição de restauração não satisfatória:
- restauração com adaptação marginal deficiente que permite comunicação com a dentina;
- restauração com margens transbordantes que provoca irritação gengival e que não pode ser facilmente eliminada por desgaste;
- restauração fracturada que pode ser perdida ou permite comunicação com a dentina.

3 - COROA DE PRÓTESE FIXA

4 - FACETA: pode ser recomendada por razões estéticas

5 - TER E RESTAURAÇÃO : código usado para indicar um dente que provavelmente necessitará de tratamento endodôntico e restauração (directa ou com coroa de prótese fixa) devido a cárie extensa e profunda ou que sofreu um traumatismo ou fractura extensa

6 - EXTRACÇÃO: o dente é registado com “indicação de extracção” quando:

- apresenta grande destruição por cárie e não pode ser restaurado;
- a doença periodontal evoluiu de tal forma que o dente apresenta grande mobilidade, dor ou quando não tem função e não pode ser restabelecida;
- é necessária a extracção dentária para possibilitar a confecção de próteses;
- é necessária a extracção por motivos estéticos, ortodônticos ou por estarem impactados.

7 E 8- NECESSIDADE DE OUTROS TRATAMENTOS: especificar outros tratamentos não enumerados anteriormente. O uso destes 2 códigos deve ser utilizado o mínimo possível

9- NÃO REGISTADO: este código é usado para dentes permanentes erupcionados que não podem ser examinados por algum motivo.

Listagem das perguntas do questionário, das variáveis independentes e suas categorias

Variáveis	Categorias	Operacionalização	
Classe socio-económica	I	alta	1
	II		
	III	média	2
	IV	baixa	3
	V		
Auto-avaliação da saúde oral	má	má	1
	razoável	razoável	2
	boa	boa / excelente	3
	excelente		
Data da última visita ao dentista	menos de 1 ano	menos de 1 ano	1
	entre 1 e 3 anos	entre 1 e 3 anos	2
	mais de 3 anos	mais de 3 anos / nunca	3
	nunca		
Situação protética	sem prótese	sem prótese	0
	ponte	prótese fixa	1
	várias pontes		
	prótese parcial	prótese parcial removível	2
	ponte e prótese parcial		
	prótese total removível	prótese total removível	3
Necessidade protética	sem necessidade	sem necessidade	0
	necessidade de uma prótese unitária	necessidade de prótese parcial	1
	necessidade de prótese com mais de um dente		
	necessidade de combinação de prótese uni e multidentés		
	necessidade de prótese total	necessidade de prótese total	2